EXPOSÉ

DES TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

D[R] LANNELONGUE

Agrégé libre de la Faculté de médecine, Chirurgien de l'Hôpital Trousseau
Membre de l'Académie de médecine

Candidat à la chaire de Pathologie externe vacante à la Faculté de médecine de Paris

PARIS

SOCIÉTÉ ANONYME DES IMPRIMERIES RÉUNIES

HÔTEL MIGNON, RUE MIGNON, 2

—

1884

1° CONCOURS ET NOMINATIONS.

Hôpitaux. — Interne des hôpitaux en 1862. Prix de l'internat, médaille d'or, concours des internes, 1866.

Chirurgien du Bureau central des hôpitaux en 1869. — Actuellement chirurgien de l'hôpital Trousseau.

Faculté de médecine. — Aide d'anatomie en 1865.

Docteur en médecine en 1867. — Lauréat de la Faculté.

Prosecteur en 1868.

Agrégé de chirurgie et de médecine opératoire en 1869.

Chargé par intérim des fonctions de chef des travaux anatomiques de la Faculté en 1870-1871.

Membre adjoint de la Société anatomique en 1864 : titulaire en 1868 : honoraire en 1874. — Lauréat de la Société anatomique. Prix Godard ex æquo avec M. le Dr Pelvet, en 1868.

Membre titulaire de la Société de chirurgie en juin 1872.

Vice-secrétaire et secrétaire des séances pendant les années 1879 et 1880.

Chevalier de la Légion d'honneur par décret du 22 février 1871.

2° ENSEIGNEMENT.

Cours de médecine opératoire à l'école pratique de la Faculté de médecine pendant les années 1866, 1867 et 1868.

Cours libre de pathologie chirurgicale à l'école pratique pendant l'année scolaire 1868-1869.

Cours libre sur les plaies de guerre et les maladies chirurgicales des armées en 1870.

Enseignement clinique à l'hôpital des Cliniques pendant le semestre d'hiver de l'année 1873. (Suppléance de M. le professeur Broca.)

Leçons sur les maladies du testicule, faites à la Faculté de médecine pendant le semestre d'été 1875, cours complémentaires du soir.

3e PUBLICATIONS.

I. — Anatomie et Physiologie.

---

1. — Circulation veineuse des parois auriculaires du cœur. (Thèse de doctorat, 1867.)

Dans une série de recherches anatomiques qui ont porté sur l'examen de quarante cœurs d'adultes ou de fœtus après l'âge de six mois, l'auteur a établi qu'il existait dans les parois des oreillettes du cœur une circulation veineuse d'un type spécial, bien distincte de la circulation des veines coronaires. Des canaux ouverts par leurs deux extrémités et recevant dans leur trajet de nombreux vaisseaux : telle est la formule générale de la circulation veineuse de l'oreillette droite. Ces canaux adhérent aux fibres musculaires du cœur qui s'insèrent sur eux et ont la texture de l'endocarde. Comparables, à bien des égards, au sinus veineux de l'utérus gravide, ils offrent une disposition anatomique éminemment favorable à la circulation des parois du cœur ; leurs larges anastomoses ont pour but de prévenir toute entrave apportée à cette circulation.

La plus grande partie des veines de l'oreillette gauche se rend dans les canaux précédents : d'où une solidarité dans la circulation des parois des deux oreillettes. Mais, en outre, un certain nombre de veines pariétales de l'oreillette gauche se jettent directement dans la cavité même de cette oreillette ; enfin, une veine assez importante, venue des ganglions bronchiques, aboutit également dans cette cavité : aussi l'auteur a-t-il pu formuler la conclusion suivante, contraire à celle de Sénac : « Il s'effectue dans le cœur gauche un mélange d'une « certaine proportion de sang noir avec le sang artérialisé qui revient des pou- « mons. »

Une partie de cette thèse est consacrée à la physiologie. Après avoir recherché quels sont les rapports de la circulation des parois du cœur avec la circulation générale, l'auteur examine quelle est la part d'influence qu'exerce la stase san-

guine sur la contraction du muscle cardiaque. A l'appui de l'opinion qu'il défend, il invoque les expériences d'Erichsen et surtout celles de M. Brown-Séquart.

Avant la publication de ces recherches, les pièces anatomiques préparées pour la démonstration de ces faits ont été présentées à la Société anatomique, tome XII. 2e série, 1867, p. 436. Le prix Godard, *ex æquo* avec M. Pelvet, a été décerné à ce travail.

2. — Recherches sur la circulation des parois du cœur. (*Archives de physiologie normale et pathologique*, tome I, 1868, p. 22.)

3. — Note sur un ligament non décrit du péricarde. Ligament costo-péricardique, par MM. Le Dentu et Lannelongue. (*Archives de physiologie normale et pathologique*, tome I, 1868, p. 448.)

Un concours pour le prosectorat, où nous avions à préparer les troncs veineux brachio-céphaliques, nous a fourni l'occasion de remarquer la présence dans le médiastin antérieur d'un ligament, dont les ouvrages d'anatomie ne renferment aucune description. Ce ligament se détache de la face antérieure du péricarde, à environ 2 centimètres en avant et au-dessous du point où la séreuse se réfléchit sur les gros vaisseaux de la base du cœur. — Il monte en s'élargissant jusqu'à la partie supérieure du thorax et prend des insertions sur la première côte, en avant de la veine sous-clavière, en arrière de l'articulation costo-claviculaire. — Sur la ligne médiane et entre ces deux insertions latérales, il se continue directement avec le feuillet aponévrotique qui tapisse la face postérieure des muscles sterno-thyroïdiens. Ce ligament renferme dans son épaisseur les débris du thymus sous forme de deux traînées jaunâtres; ce qui donne à penser qu'il n'est, au moins en partie, que la gaine de cet organe modifiée par les progrès de l'âge; la description donnée par M. Sappey, des connexions de l'enveloppe du thymus *chez le fœtus*, est à peu de chose près conforme à celle que nous avons faite plus haut. Cependant il est remarquable que ce ligament soit proportionnellement beaucoup plus développé que l'enveloppe du thymus; or, pour que la gaine d'un organe ne subisse pas de son côté l'atrophie qui frappe cet organe, il faut que sa conservation réponde à un but précis. D'où l'on peut induire qu'on ne saurait considérer ce ligament comme un débris sans aucune importance d'une disposition anatomique qui n'a plus sa raison d'être; mais que, par ses connexions, il est appelé à un nouveau rôle : celui de contribuer à la fixation du péricarde.

Les pièces anatomiques représentant ce ligament ont été présentées à la Société de biologie, en 1868, et sont déposées au musée de la Faculté de médecine.

4. — Recherches sur l'appareil musculaire annexé au testicule et sur ses fonctions. (*Archives de physiologie normale et pathologique*, tome I, p. 351, 1868.)

En 1857, M. Rouget (Mém. Académie des sciences) démontra l'existence de nombreux éléments contractiles dans la tunique fibreuse du cordon spermatique. Cette membrane forme dans son ensemble un sac à parois musculaires, très développées chez le cheval, venant s'insérer sur la vaginale. Or, il existe aussi chez l'homme dans la cavité de ce sac un véritable appareil musculaire placé au milieu des éléments du cordon et différant du précédent par son siège, ses connexions et ses fonctions. Dans le cordon, cet appareil se compose de faisceaux irrégulièrement placés au devant des canaux vasculaires, ainsi que dans les intervalles de leurs branches ; plus bas il forme une couche assez épaisse vers la partie moyenne de l'épididyme ; là, les faisceaux s'étalent et se recourbent en tous sens pour s'insérer : en dehors sur la tête de l'épididyme ; en bas sur le bord supérieur du testicule ; en dedans sur la queue de l'épididyme et sur l'origine du canal déférent. Enfin beaucoup d'entre eux se fixent à la paroi même de la séreuse. Nés de toutes ces origines, ces éléments contractiles ne tardent pas à se grouper autour des veines spermatiques ; puis, à des hauteurs différentes, il en est qui se détachent du groupe principal pour s'insérer sur la paroi interne de la tunique fibreuse commune. C'est à ces groupes musculeux isolés que Henle a donné le nom de *crémaster interne*, par opposition aux faisceaux extérieurs du cordon qui constituent le véritable crémaster.

Par ses rapports spéciaux avec les plexus veineux de la région, cet appareil semble avoir pour but de modifier les conditions ordinaires de la circulation, en l'accélérant ou la ralentissant. Une véritable congestion active en sera la conséquence dans l'éréthisme vénérien par exemple et elle peut avoir pour effet un surcroît d'activité fonctionnelle, une formation plus nombreuse et plus prompte des produits de sécrétion. En outre, cet appareil concourt encore à l'élévation des testicules dans certaines circonstances lorsque les parois des bourses sont molles et entièrement inactives. — Une planche annexée à ce mémoire montre la disposition de ces fibres musculaires.

5. — Recherches sur les canaux vasculaires de dérivation faisant communiquer entre elles les artères et les veines de la face. (*Société de biologie*, 1868.)

L'idée de ce travail nous a été inspirée par M. Vulpian, qui nous indiqua en même temps le procédé expérimental à l'aide duquel on pouvait aisément arriver à une opinion sur l'existence de ces canaux particuliers signalés par Sucquet, qui établissaient de nouveaux rapports entre les artères et les veines de la face en dehors des réseaux capillaires. Or, une série d'expériences cadavériques a été absolument négative. On injectait dans les artères du cou des sujets un liquide chargé de poudre de lycopode, de manière à distendre considérablement le système vasculaire ; puis on examinait avec soin au microscope le liquide recueilli dans les veines des différentes régions de la face ou des sinus crâniens. Nous n'y avons jamais constaté le passage des grains de lycopode, qui venaient au contraire s'accumuler dans les réseaux capillaires sans pouvoir les franchir, à cause de leurs dimensions supérieures au calibre de ces vaisseaux. Il n'en eût pas été de même si, à côté des capillaires, il s'était trouvé de larges voies anastomotiques et directes entre les artères et les veines.

6. — Ganglions lymphatiques placés entre la vessie et le rectum de l'homme et sur le trajet des uretères. — Conséquences relatives aux phlegmons et abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur. — Observation de tuberculisation de la prostate, des deux vésicules séminales, de l'uretère droit et des deux reins chez un enfant de 9 ans et demi. (*Société de chirurgie*, 1878, p. 600.)

Il y a longtemps qu'on a formulé cette proposition que la pathologie fournit quelquefois l'occasion d'accroître l'étendue de nos connaissances sur certains points anatomiques. L'observation de tuberculose mentionnée plus haut la justifie une fois de plus, en révélant l'existence de ganglions assez volumineux, là où le scalpel ne les avait pas encore indiqués. La pièce et les dessins ont été soumis à l'appréciation des membres de la Société de chirurgie : les ganglions, dont le volume variait depuis un gros pois jusqu'à une lentille, étaient au nombre de six ; le plus gros est accolé à l'uretère droit, à un centimètre au-dessus du

point où ce conduit s'engage dans la paroi vésicale, les autres sont disséminés en dehors et en arrière des vésicules séminales dans le tissu cellulo-graisseux qui les sépare du rectum. Sans nul doute la tuberculisation de la prostate, des vésicules, de l'uretère a été l'unique cause de leur engorgement, et il importe de remarquer que l'examen du rectum fait avec grand soin n'a fait découvrir aucune lésion dans la muqueuse, ni dans ses autres parois. De là cette conséquence que ces ganglions reçoivent leurs vaisseaux afférents au moins en grande partie des organes précédents.

Or, on sait que la région qui nous occupe, désignée par M. Richet sous le nom d'espace pelvi-rectal supérieur, est quelquefois le siége de phlegmons et d'abcés dont l'origine n'est nullement établie. Ces inflammations, sur lesquelles MM. Richet et Verneuil ont appelé l'attention à cause de leur gravité et des longs trajets fistuleux qui en sont la conséquence, n'auraient-elles pas pour point de départ une adénite primitive, suivie de la suppuration de la couche celluleuse où sont plongés ces ganglions ? Je suis très porté à le croire ; aussi conviendra-t-il désormais de rechercher la cause de ces adénites dans une altération, quelque minime qu'elle soit, d'un des organes d'où partent les vaisseaux lymphatiques qui se rendent à ces ganglions.

7. — Bourse séreuse de l'oreille entre le cartilage de la conque et l'apophyse mastoïde. (*Société anatomique*, pages 586 et 588. 1868.)

Les hématomes du pavillon de l'oreille chez les aliénés ayant été l'objet d'une discussion soulevée à la Société anatomique par une communication de M. Lescure, j'ai été conduit à faire quelques recherches expérimentales sur la résistance des cartilages de l'oreille au traumatisme; la rupture de ces cartilages est très difficile à produire ; mais en disséquant la région, j'ai rencontré assez souvent une ou plusieurs petites cavités séreuses derrière le cartilage de la conque, dans le point où ce cartilage repose et glisse sur l'apophyse mastoïde ; de nombreux vaisseaux sont en rapport avec les parois de ces cavités séreuses ; il en résulte que ce point peut devenir un des sièges de l'hématome, mais il n'est certainement pas le seul et plus ordinairement l'hématome se produit sous le périchondre lui-même.

Articles d'anatomie et physiologie du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Ce sont :

8. — Conjonctive. — 9. Cornée. — 10. Tronc cœliaque. — 11. Glande mammaire. — Rachis. — Gencives.

II. — Pathologie chirurgicale.

Maladies des os et des articulations.

12. — De l'ostéomyélite aiguë pendant la croissance. Un vol. grand in-8° de 200 pages avec 6 planches. Paris, 1879.

Ce mémoire, communiqué à l'Académie de médecine, le 28 mars 1878, a été l'objet d'un important rapport de M. le professeur Panas. Il s'en est suivi une discussion qui a tenu de très nombreuses séances et a éclairé plusieurs points de cette affection. On peut dire que cette discussion, et une autre postérieure, soulevée à la Société de chirurgie en 1881, ont en quelque sorte donné droit de cité à l'ostéomyélite. Jusqu'alors, en effet, elle n'était que très incomplètement décrite; elle était cependant parfaitement connue surtout sous d'autres noms et sa synonymie est très grande.

A côté de Chassaignac qui en faisait une maladie rare et des os longs seulement, de M. Gosselin qui en avait mieux indiqué le siège primitif dans les épiphyses, tout en appelant l'attention sur l'influence qu'exerçait l'âge de l'adolescence, d'autres et de nombreux auteurs la rattachaient à une maladie du périoste, en faisaient encore une fièvre purulente essentielle ou d'origine septique.

Démontrer que cette affection a pour origine une inflammation aiguë de la moelle osseuse; qu'elle n'atteint pas une variété d'os, mais indifféremment tous les os; qu'elle ne frappe pas exclusivement un âge ; que si elle est plus commune pendant toute la période de développement du squelette, elle a pour conséquences lointaines des hyperostoses, des nécroses anciennes, des abcès et des fistules osseuses : tel a été le but des recherches consignées dans ce travail.

La description de l'affection repose sur une étude minutieuse de vingt-quatre observations publiées *in extenso* dans la seconde partie du mémoire. Le chapitre d'anatomie pathologique comprend, avec la démonstration que l'affection siég

primitivement dans la moelle, l'étude histologique des altérations de la moelle, du tissu osseux et du périoste.

Le décollement de cette membrane d'où résulte l'abcès sous-périostique est le fait le plus saillant de la marche de cette affection. Puis, dans un autre chapitre, les altérations secondaires des cartilages sont mises en relief, car si elles n'ont pas un caractère constant, leur apparition aggrave singuliérement la maladie en provoquant des arthrites d'un caractère très fâcheux.

L'étude des nécroses, des destructions osseuses qui amènent tantôt un décollement épiphysaire, tantôt une fracture spontanée, tantôt une séparation des diaphyses, celle d'un travail réparateur concomitant, marqué par la formation d'un nouvel os, complétent la série des altérations de cette affection.

Les lois de la croissance des os sont profondément troublées par l'ostéomyélite. Obéissant en quelque sorte à une impulsion nouvelle et anormale, l'accroissement de l'os se fait sans équilibre; son volume dépasse celui qu'il doit acquérir pour être adulte et il restera définitivement ainsi. De là, tout un ordre de conséquences cliniques provoquées par ces transformations qui ne se font pas d'ailleurs dans le calme des évolutions physiologiques. Ce court résumé des phénomènes tardifs de l'ostéomyélite aiguë indique qu'elles sont les traces laissées par l'affection lorsqu'elle guérit complètement.

L'ostéomyélite des os courts et des os plats a été pour la première fois l'objet d'une description particulière et j'ai insisté sur les particularités et les différences qui résultent du siège de l'affection dans ces variétés d'os. Dans les os enclavés, par exemple, unis entre eux par de nombreuses articulations, les jointures se prennent très vite et suppurent promptement; on voit aussi les gaines tendineuses voisines participer au même travail de suppuration et propager au loin les désordres; enfin des complications vasculaires, des phlébites viennent souvent s'y joindre.

Les données établies par le siége de l'affection dans le centre de l'os et nullement à sa surface, par sa nature suppurative, surtout par son caractère infectieux, devaient faire entrer la thérapeutique chirurgicale dans une voie qui répondît à ces indications diverses. Aprés avoir discuté l'opportunité et la valeur des différentes méthodes en faveur, l'auteur formule la conclusion suivante : la seule méthode dont l'opportunité et les indications soient indéniables est la trépanation : donner par l'ouverture du trépan une issue au pus que contient l'os, est une conduite comparable à celle qui se tient en chirurgie toutes les fois qu'il existe quelque part une collection menaçante. La trépanation doit être pratiquée très promptement, aussitôt que le diagnostic est établi. Au surplus, comme il arrive très ordinairement que le chirurgien n'est appelé que tardive-

ment, les indications des différentes méthodes chirurgicales sont posées et discutées dans les différentes périodes de l'affection. Enfin, les régles opératoires de la trépanation, le point où il convient de pénétrer dans l'os dans les différentes régions anatomiques, le lieu d'élection dans chaque os, les indications des trépanations multiples, la conduite à tenir à l'égard des abcès sous-périostiques, sont l'objet des développements que devait nécessairement comporter le traitement d'une maladie d'observation fréquente et d'une gravité exceptionnelle.

13. — De l'ostéomyélite chronique ou prolongée. (*Archives générales de médecine*, numéros de septembre, octobre, novembre et décembre 1879.)

Le mémoire sur l'ostéomyélite aiguë a eu pour but de démontrer l'unité d'une maladie dont les manifestations multiples et chronologiquement étagées avaient donné lieu à des interprétations diverses et souvent contradictoires.

Ce second mémoire est la conséquence nécessaire du précédent; il rattache à leur véritable origine tout un groupe d'affections osseuses chroniques, hyperostoses, abcès et cavités des os, nécroses anciennes, ostéites nécrosiques, caries et vermoulures dont l'histoire était entourée d'une obscurité profonde. Un lien commun, en effet, rattache ces divers états à une unique source d'où ils dérivent comme des rameaux éloignés d'un tronc principal. Ce lien originel est une ostéomyélite de l'enfance ou de l'adolescence, périodes pendant lesquelles les os croissent et se développent; cette ostéomyélite laisse aprés elle des conséquences isolées ou multiples, simples ou compliquées selon les cas, Ses effets immédiats ont été suivis d'habitude jusqu'à une guérison complète en apparence. Survenant aprés une période de sommeil plus ou moins longue, les effets éloignés ne peuvent être reconnus qu'à l'aide d'un retour attentif dans le passé du sujet, époque lointaine qui peut remonter aux premiéres années de la vie chez un homme qui touche à la vieillesse.

L'état anatomique de ces effets éloignés avait été d'ailleurs magistralement décrit depuis les mémorables travaux de Gerdy : mais le lien clinique n'apparaissait pas avec évidence ; le rapport entre des lésions multiples, en apparence dissemblables, et la source qui les engendre n'avait pas été suffisamment recherché.

Cependant M. Gosselin, dont les travaux ont puissamment contribué à éclairer cette question, avait déjà écrit que la nécrose d'origine spontanée « a pour cause fréquente l'ostéite épiphysaire aiguë et suppurée du jeune âge. » Les pro-

longations, les rechutes de l'ostéomyélite n'avaient pas non plus échappé à M. Trélat; en mai 1879, il rappelait à la tribune de la Société de chirurgie qu'il avait désarticulé la cuisse à un homme de 57 ans, pour une lésion osseuse chronique dont le début remontait à plus de quarante ans.

Ce que M. Gosselin a dit des nécroses peut être dit des hyperostoses, des abcès et des cavités des os surtout, dont la pathogénie n'était nullement fixée, et par suite de certaines conséquences de ces états, le mal de Pott, par exemple ; ce mal est quelquefois un accident éloigné de l'ostéomyélite aiguë.

Chacune de ces altérations, hyperostoses, nécroses, abcès des os, cavités séreuses des os, fistules, ostéite raréfiante et carie, est l'objet d'une étude attentive au point de vue de sa pathogénie, de ses caractères anatomiques et des signes cliniques qui la décèlent aux diverses périodes de l'ostéomyélite prolongée.

Le chapitre consacré aux abcès des os est le plus considérable et il expose une nouvelle variété anatomique de ces abcès.

Le traitement a été envisagé à deux points de vue : d'une part, les règles d'un traitement préventif sont établies; d'autre part, les lignes des indications qui conviennent à un état chronique dont les formes exigent l'emploi d'une grande variété de moyens sont tracées en détail.

Ce travail renferme quatre-vingt-dix-huit observations tant personnelles que d'autrui; il a été fait en collaboration avec M. Combi, alors mon interne.

14. — Discussion sur l'ostéomyélite aiguë. (*Société de chirurgie*, p. 331, 376, 443, 513.)

15. — Abcès des os. (Thèse de M. Lagrange. Paris, 1880.)

Cette thèse expose les opinions que j'ai rappelées plus haut et contient un certain nombre d'observations provenant de mon service d'hôpital.

16. — Abcès des os. (*Société de chirurgie*, p. 245, 1881.)

17. — Note sur trois cas d'ostéomyélite aiguë ayant nécessité l'amputation de la cuisse. Particularités relatives à la pyohémie d'origine osseuse et à l'action préservatrice du pansement phéniqué sur une éruption variolique dans la région où le pansement est appliqué. (*Société de chirurgie*, p. 292, 1880.)

L'examen des parties amputées a permis d'étudier les lésions osseuses consécutives aux arthrites purulentes. Une ostéomyélite du tibia se complique d'une arthrite suppurée du genou par exemple; consécutivement à cette arthrite, le fémur devient l'objet d'une ostéite raréfiante par propagation. Tel est le cas de deux des observations précédentes.

18. — Ostéomyélite ancienne du maxillaire inférieur, nécrose du maxillaire comprenant le condyle, la branche montante et la moitié du corps de cet os. Reproduction d'un nouvel os avec une branche montante, une apophyse coronoïde et un petit condyle. Cet os nouveau présente, comme particularité, deux articulations symphysiennes, l'une entre le corps de l'os et la branche montante, l'autre entre le condyle et cette même branche montante. (*Société de chirurgie*, p. 263, 1882.)

19. — Contribution à l'étude de l'ostéomyélite aiguë, par F. Lavergne. (*Progrès médical*, nos du 1er, 8 et 22 juillet 1882.)

Cette publication contient quatorze observations de mon service, avec une analyse de chacune d'elles et des commentaires concernant l'étiologie et le traitement ainsi que le siège de l'affection dans les os plats et dans les os courts.

20. — Ostéomyélite vertébrale comme cause de mal de Pott, cinq observations publiées dans : Thèse de Cadeillan. Paris, 1880).

ABCÈS TUBERCULEUX. — AFFECTIONS TUBERCULEUSES DES OS ET DES ARTICULATIONS.

L'ensemble des recherches de l'auteur sur ce sujet a été réuni dans un volume dont il sera donné un court aperçu pour montrer quelle est la signification de ces travaux; il suffira dès lors de mentionner les publications antérieures; ce sont :

21. — Note sur l'arthrite tuberculeuse. (*Société de chirurgie*, p. 295, 1878.)

22. — Observations d'arthrite tuberculeuse publiées dans : Thèse de Priou. Paris, 1878.

23. — Tubercules des os, tumeurs blanches consécutives. (*Société de chirurgie*, p. 867, 1879.)

24. — Mémoire sur les abcès froids ou abcès tuberculeux. (*Société de chirurgie*, p. 140, 1880.)

Ce travail est la première communication de l'auteur sur ce sujet ; il renferme l'exposé de recherches anatomo-pathologiques dont il sera parlé plus loin et neuf observations.

25. — Observations d'abcès tuberculeux dans : Thèse de Bézy, 1880.

26. — Coxalgie récente ; cavité tuberculeuse de la tête du fémur ; altérations à peine marquées dans la synoviale. (*Société de chirurgie*, p. 9, 1881.)

A côté de ce fait, on doit en placer deux autres semblables publiés dans le mémoire sur la tuberculose osseuse. Les lésions initiales de la coxalgie dite scrofuleuse sont de nature tuberculeuse. La note qui accompagne la publication de ce fait contient en outre quelques considérations sur le caractère latent des granulations tuberculeuses dans les os. Il est fréquent de rencontrer, après la mort, des tubercules dans la moelle des os sans qu'aucun symptôme en révélât l'existence pendant la vie. Elles y sont à l'état latent, sans provoquer de douleurs. Aussi ne doit-on pas rapporter à ces granulations les symptômes du début de l'affection tuberculeuse des os, mais aux incidents qui s'y rattachent directement et qui apparaissent avec promptitude ou assez tardivement. L'ostéite raréfiante (carie scrofuleuse) est l'incident le plus ordinaire et le plus fâ-

cheux; elle est une des sources les plus actives de toute la série des désordres des tumeurs blanches.

27. — Transformation des abcès tuberculeux en kystes séreux. (*Société de chirurgie*, p. 494, 1881.)

28. — Kystes de la surface externe du périoste (*Société de chirurgie*, p. 276, 1878.)

Je tiens à reconnaître aujourd'hui que les deux observations publiées sous ce titre sont des exemples d'abcès tuberculeux transformés.

29. — *Abcès froids et tuberculose osseuse*, Vol. in-8° de 200 pages, avec figures dans le texte et 12 planches en chromolithographie. Paris, 1881.

Ce travail est divisé en trois parties : une première comprend l'étude anatomo-pathologique et clinique des abcès froids proprement dits; il y est démontré que ces abcès sont des tumeurs tuberculeuses dès l'origine comme plus tard.

Une seconde partie s'adresse aux abcès qui apparaissent dans le cours des affections chroniques des os et qui n'ont aucun rapport anatomique avec ces affections; ces abcès, appelés concomitants, sont également tuberculeux; ils établissent une transition naturelle entre la première et la troisième division.

La troisième partie, enfin, s'occupe de la tuberculose osseuse et des suppurations qui en dépendent.

Soixante-dix-sept observations personnelles, un très grand nombre d'autopsies, de nombreuses études histologiques, quatre analyses chimiques enfin, dues à l'obligeance de M. Villejean, pharmacien en chef de l'hôpital Trousseau, forment les éléments principaux qui ont servi de base à ce travail.

Abcès tuberculeux. — On peut dès l'origine suivre en entier l'évolution des abcès tuberculeux, car il est ordinaire de trouver sur le même sujet, porteur d'un abcès de vieille date, plus ou moins volumineux, de petites tumeurs dures ou en voie de ramollissement. Lorsque ces tumeurs sont petites et superficielles on les désigne souvent, avec l'école de Saint-Louis, sous le nom de gommes, et

MM. Brissaud et Josias en ont bien démontré la nature tuberculeuse. Mais il en est dont le siège est plus profond et on peut les rencontrer sous les aponévroses, dans les interstices musculaires, dans les viscères enfin ; elles sont constituées tantôt par des granulations perlées, tantôt par une substance jaunâtre, caséeuse : ce sont alors les vrais tubercules crus de Laënnec. Telle est la première phase où on rencontre une petite tumeur formée par un agrégat de nodules tuberculeux, puis le ramollissement apparaît et il conduit à l'abcès proprement dit. On peut formuler en quelques lignes le mécanisme de sa formation : « Tout abcès froid définitivement constitué est limité par une membrane : au centre de la tumeur primitive, les éléments,perdant de leur cohésion et de leurs qualités concrètes, se désagrègent pour former un liquide qui à plus ou moins d'analogie avec le pus ; à la périphérie, par une disposition inverse à laquelle s'ajoute un phénomène incessant d'accroissement, de transformation et de propagation, ces mêmes éléments pressés les uns contre les autres s'étalent et se présenteront désormais sous l'aspect de parois membraneuses plus ou moins épaisses, plus ou moins consistantes. »

L'abcès froid est définitivement constitué et il est limité par une membrane partout continue qui en est un des caractères constants. Cette membrane joue un rôle capital dans l'évolution ultérieure de l'abcès. Ce n'est plus en effet, comme on l'avait pensé, une simple paroi inerte, plus ou moins résistante, faite pour empêcher la diffusion du pus et protéger les organes voisins. Elle est, au contraire, essentiellement active et l'on peut dire que la membrane est tout et que l'abcès n'est que chose accessoire. La présence du pus n'est, en effet, qu'un acte secondaire ; il subit, comme quantité, des oscillations très variables, et ses caractères physiques se modifient sans cesse ; il peut même disparaître en entier par résorption; mais la poche persiste, et, tant qu'elle persiste, on doit redouter tous les fâcheux effets de sa présence.

La constitution anatomique de la paroi, les particularités de ses surfaces intérieure et extérieure, de ses rapports enfin avec les organes voisins, sont l'objet d'une étude faite sur le vivant lui-même, grâce à l'application de la bande d'Esmarck. Mais le point le plus important de cette étude des abcès a trait à l'existence des nodules tuberculeux dans leur paroi, au milieu des éléments embryonnaires qui la forment. Les tubercules élémentaires y sont disséminés tantôt sous la forme de corps arrondis, et tantôt à la suite d'un processus de caséification et de dégénérescence granulo-graisseuse ils s'ouvrent dans la cavité de l'abcès pour y déverser les produits de leur ramollissement. Les trajets qui résultent de cette évolution sont parfois si réguliers qu'on les prendrait pour des culs-de-sac glandulaires.

En même temps, la paroi des abcès froids présente des cavernes interstitielles, de grands espaces vides provenant de raréfactions plus étendues, de nombreux foyers hémorrhagiques. Enfin, de grandes différences séparent le contenu des abcès froids du pus des inflammations franches, ainsi qu'en témoignent l'inspection microscopique et les analyses chimiques.

Le procédé de la guérison naturelle de ces abcès, fondé sur une transformation de la paroi en tissu conjonctif et sur la résorption du contenu, a été mis en relief à côté des récidives fréquentes provoquées par la persistance des tubercules et des autres modes de terminaison de ces abcès. Dans une série de chapitres successifs, cette question a été complétée par des recherches cliniques et il suffit de faire l'énoncé des chapitres pour en montrer la signification; ce sont :

1° La transformation de ces abcès en cavités contenant un liquide séreux et simulant un kyste : elles n'en diffèrent, en effet, que par l'absence d'un épithélium sur leur paroi.

2° Abcès à contenu exclusivement solide, abcès caséeux. La tumeur présente alors de nouveaux caractères symptomatiques.

3° Température. Il y avait une lacune à combler sur la température générale des sujets atteints d'abcès tuberculeux, ainsi que sur la température locale au niveau des tumeurs. La marche essentiellement lente et sans réaction appréciable, pendant le travail de formation de l'abcès, avait fait qualifier ces collections du nom de tumeurs froides, par opposition aux abcès chauds, dont le développement s'annonce par un cortège de phénomènes locaux et généraux plus ou moins accusés; mais, en réalité, le travail de l'abcès tuberculeux ne s'accomplit pas dans un silence absolu et il y a en définitive des changements dans la température générale et locale. La température générale des sujets s'élève de plusieurs dixièmes de degré au-dessus de la température moyenne et localement on observe toujours une différence en faveur de la région atteinte depuis deux dixièmes de degré jusqu'à six dixièmes environ.

4° Abcès tuberculeux concomitants. Ce nom est réservé pour désigner les collections qui se développent chez un sujet atteint d'affection tuberculeuse des os et qui n'ont aucun rapport anatomique apparent avec la lésion osseuse.

TUBERCULOSE OSSEUSE.

En suivant l'exemple de Delpech et surtout de Nélaton, l'auteur a fait ressortir l'importance qu'il y avait à considérer isolément deux formes anatomiques de l'affection tuberculeuse osseuse : la forme enkystée et la tuberculose

par infiltration ; cette dernière peut se montrer à son tour sous deux états, l'infiltration rare et diffuse, l'infiltration confluente. Il n'était pas nécessaire d'insister longuement sur les caractéres propres au tubercule et il suffisait de rappeler dans l'espèce les recherches de Robin, de Ranvier et des micrographes allemands ; mais il était important de faire ressortir que dans les os plus que dans tout autre organe l'apparition du néoplasme tuberculeux s'accompagne d'une succession d'actes plus ou moins complexes, qui rendent l'appréciation des faits d'autant plus difficile que les granulations tuberculeuses poursuivant leur évolution régulière, peuvent disparaître et ne plus être appréciables. La persistance de ces nouveaux états anatomiques, ostéite raréfiante, carie des auteurs, ulcération des os, peut tromper alors sur la nature de l'affection et cela explique pourquoi, pendant de longues années, on n'a pas accordé à la tuberculose des os la place qui lui revenait légitimement.

La description de ces états secondaires : ostéite raréfiante, ulcérations superficielles ou interstitielles des os, perforations du squelette, suit de front celle de l'évolution tuberculeuse. Il était nécessaire d'y insister d'une manière particulière pour mettre en relief la pathogénie d'un groupe d'abcés chroniques des os dont l'origine était méconnue jusqu'alors. La tuberculose peut, en effet, rester locale et borner ses effets à la formation d'une caverne interstitielle. Deux circonstances peuvent survenir : la cicatrisation de la caverne se fait lentement par des efforts successifs de réparation et la guérison est obtenue ; d'autres fois la cavité persiste à l'état latent au moins pendant un certain temps : c'est un abcès chronique. La substance caséeuse primitive perd de ses qualités concrètes, se ramollit et se liquéfie ; une couche de bourgeons charnus dérivant du travail d'ostéite périphérique se forme et se constitue en membrane qui tapisse toutes les parois de l'anfractuosité, l'abcès est formé. Dés ce moment, plusieurs causes s'ajoutent les unes aux autres pour donner l'explication de la persistance de la cavité sous cette forme. D'une part, la pression intérieure du liquide trouve, dans la résistance osseuse périphérique, une raison de se produire et s'oppose par suite au développement du bourgeonnement du côté de la cavité. Ce qui manque dans ces parois, c'est une action de retrait analogue à celle qu'on remarque dans les parties molles, que ne permet pas le faible degré d'élasticité dont jouissent les os. Ce retrait est rendu d'autant plus difficile, que l'épaisseur de l'os peut être beaucoup accrue par l'addition de couches périphériques nouvelles et par une ostéite condensante interstitielle.

Il faut donc que la membrane des bourgeons charnus intérieure fasse à elle seule tous les frais de la réparation, et l'on ne doit pas oublier que cette membrane naît d'une couche osseuse où les éléments anatomiques qui pourraient

subvenir à ces frais ne sont pas toujours très abondants. Le tissu médullaire proprement dit, celui qui sert à cette végétation, peut se trouvor insuffisant à fournir des matériaux de prolifération; la membrane reste alors ce qu'elle était dans le principe. Impuissante à combler le grand vide de la cavité, elle s'organise en tissu fibreux. On peut conclure, de là, que la cicatrisation des cavernes par ce procédé réclame le concours d'une irritation périphérique assez intense, dans une partie de l'os suffisamment pourvue de tissu médullaire pour produire les matériaux nécessaires. Les cavernes qui siègent au voisinage du canal médullaire sont celles qui trouvent réunies les conditions les meilleures pour leur cicatrisation.

THÉORIE DE L'ABCÈS PAR CONGESTION.

Lorsqu'on suit pas à pas les phénomènes de propagation des lésions chroniques des os aux parties molles qui les entourent, on assiste à une évolution qui a pour premier terme un engorgement faisant corps avec le squelette, et pour dernier nn abcès. De là est née cette croyance assez générale que l'abcès est le mode de terminaison le plus commun, la conséquence la plus saillante; de plus, on n'hésite pas à penser que la source qui fournit le pus est presque uniquement d'origine osseuse. Ce raisonnement est entaché d'erreur, parce qu'il est beaucoup trop exclusif. Il ne tient aucun compte des actes périphériques extérieurs à l'os. On considère volontiers que cet engorgement externe est déterminé par l'issue des liquides qui produisent autour d'enx un empâtement des tissns, plns ou moins comparable à celui qu'on remarque autour des foyers ordinaires de suppuration ; ces phénomènes excentriques sont pourtant de la plus haute importance. En d'autres termes, ce n'est pas à l'issue des liquides de l'intérieur de l'os qu'on doit rapporter cet engorgement, qui est le phénoméne initial dont j'ai parlé, et cela explique pourquoi la fluctuation y fait généralement défaut tout d'abord. Mais, pour acquérir des données plus certaines sur ce point, on ne doit plus s'en rapporter à une impression aussi sujette à erreur que celle de la fluctuation. Pour dissiper les doutes et dans un but curatif, d'ailleurs, j'ai maintes fois incisé et excisé ces engorgements placés sur la diaphyse d'un os superficiel comme le tibia, le cubitus ou d'autres os encore. On n'y trouve pas, au moins au début, de collection proprement dite ; quelquefois il s'écoule au moment de l'incision du périoste quelques gouttes d'un liquide de couleur jaune sale et grumeleux. Quant à l'engorgement, il est constitué par des fongosités tuberculeuses très

vasculaires qui traversent le périoste, par des éraillures multiples, pour se développer ensuite à sa surface externe dans les tissus voisins.

Telle est la première phase durant laquelle, partant de l'os, les fongosités tuberculeuses se développent au sein des parties voisines, qu'elles envahissent et détruisent par un procédé identique à celui que nous avons indiqué à propos des abcès froids simples. Que les liquides émanant de l'os aient précédé ou suivi leur apparition, peu importe, ils se trouvent contenus dans leur substance et collectés au sein de ces fongosité. Un abcès est formé : cet abcès est en relation directe avec un os malade ; on l'appelle symptomatique ou, selon l'expression plus exacte de Gerdy, ossifluent. Il peut rester sessile ou, se développant démesurément, il vient apparaître loin de son origine ; il prend alors le nom d'abcès par congestion.

Les abcès ossifluents se distinguent donc des abcès froids simples par une origine osseuse que n'ont pas ces derniers. Mais ils s'en rapprochent au point que l'analogie devient complète par la paroi qui les isole et les sépare des parties voisines. Cette paroi est un fait constant, et elle se montre avec tous les caractères extérieurs et tirés de l'examen histologique que nous avons longuement décrits dans l'anatomie pathologique des abcès tuberculeux.

L'accroissement de volume se produit lentement et sans réaction apparente, dans des proportions inattendues, quelquefois considérables ; mais il ne se fait pas indistinctement sur tous les points : d'habitude la poche ne gagne du terrain que dans un sens déterminé. Il en résulte que dans les régions où cet accroissement est définitif, les rapports de la paroi avec les organes voisins sont fixés par des limites précises ; la paroi prend alors une constitution celluleuse plus ou moins dense ; et, si elle n'est pas l'objet d'un phénomène de distension par le liquide de l'abcès, elle peut encore acquérir une consistance plus grande et devenir fibreuse ; elle est, dans ce cas, plus ou moins lâchement unie aux parties voisines.

Dans les points où la paroi est en voie de développement, il se fait une véritable propagation, comparable à celle des tumeurs envahissantes. D'une part, les tissus voisins sont infiltrés d'une néoplasie embryonnaire au sein de laquelle se montrent de nombreux nodules tuberculeux ; d'autre part, les parties anciennes de la paroi, celles qui confinent à la cavité de l'abcès, se dissocient, et plus ou moins détruites tombent dans la cavité : envahissement d'un côté, destruction de l'autre, telle est la marche de ce singulier processus. Or, de tous les tissus, celui qui contribue le plus à fournir cette prolifération embryonnaire qui infiltre toutes les limites de la paroi est sans conteste le tissu conjonctif ; ce sera donc de préférence dans les régions où se trouve ce tissu que se manifes-

tera cet envahissement, et l'observation confirme ce que démontre si bien l'inspection microscopique. Lorsque le tissu conjonctif a une texture plus serrée, comme dans les aponévroses, la résistance au développement de la paroi est plus considérable ; mais, avec le temps, cette résistance cesse et les aponévroses se trouvent comprises dans le travail d'envahissement et de destruction. D'ailleurs ces membranes offrent certains point faibles, les perforations naturelles qui livrent passage aux petits vaisseaux. Ce sont également les gaines vasculaires ou les parois des capillaires qui sont le siége d'élection des tubercules élémentaires; aussi est-ce de préférence le long de leurs parois et à leurs dépens que se forment tout d'abord les traînées de noyaux embryonnaires, qui plus tard sont à l'état d'infiltration dans les tissus voisins. La substitution de ces derniers éléments à ceux de ces tissus se fait progressivement, et le phénomène d'extension de la paroi se trouve ainsi accompli.

Toute autre considération à part, la paroi prendra plus d'extension dans les régions où le tissu cellulaire abonde ; c'est pour cela que son accroissement se fait de préférence dans les intervalles des muscles, entre leurs gaines, où ce tissu existe en plus ou ou moins grande abondance.

Pour les mêmes raisons, l'accroissement se fait encore le long des gaines des vaisseaux ; mais tandis que le tissu adipeux est, comme le tissu conjonctif, l'objet d'un envahissement rapide, et que les cellules adipeuses fournissent elles-mêmes les éléments embryonnaires propres à l'envahissement, le tissu musculaire offre une beaucoup plus grande résistance. Il n'est pourtant pas à l'abri de cette propagation, et je cite plusieurs exemples de muscles épais, tels que le grand pectoral, le grand fessier, qui ont été l'objet d'une destruction partielle importante.

Dans ce mécanisme de l'accroissement, je me suis abstenu de parler de l'influence du poids du liquide et de la part qui revient par suite à la déclivité ; c'est qu'en effet cette influence est tout à fait secondaire. Cependant, d'une manière générale, on a eu raison de dire que les abcès froids simples, comme les abcès par congestion, obéissaient dans leur accroissement aux lois de la pesanteur. On aurait pu ajouter même que les changements alternatifs de forme et de volume des cavités thoraciques et abdominales tendaient à les diriger dans un sens plutôt que dans un autre. Mais ne voit-on pas tout de suite que toutes ces influences seraient impuissantes à déterminer, sans éraillure et sans diffusion des liquides, l'allongement d'un tissu quelconque formant l'enceinte d'un abcès froid, depuis l'intérieur du thorax jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, par exemple, s'il ne s'y ajoutait pas un nouvel élément? Ce nouvel élément, c'est la paroi elle-même ; c'est elle que l'on doit placer au premier plan, c'est

sa constitution spécifique qu'il importe de ne pas oublier, c'est son mode de propagation qu'il est intéressant de connaître. Ce qu'elle contient en dérive, jouit de propriétés spéciales et ne saurait être comparé au pus d'une inflammation ordinaire. Qu'il y en ait donc une quantité petite ou grande, capable d'amener un certain degré de distension ou de ne pas troubler le travail naturel d'évolution, cela ne saurait avoir grande importance et s'observe a tous les degrés.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DES ABCÈS TUBERCULEUX SIMPLES, OSSIFLUENTS, ET DE LA TUBERCULOSE OSSEUSE.

Les considérations relatives à la nature des abcés tuberculeux simples ou ossifluents m'ont conduit à proposer l'extirpation de la poche par décortication, grattage ou par abrasion : procédés très simples qui s'exécutent avec la plus grande facilité.

La thérapeutique est plus complexe pour la tuberculose osseuse : dans un groupe de faits observés au début, dont les lésions sont circonscrites à l'os lui-même, on doit recourir à l'extirpation du foyer tuberculeux, parce qu'il est une source de dangers pour les parties voisines. Mais cette intervention n'est pas toujours possible, bien qu'elle soit justifiée, et l'on est conduit alors à suivre différentes voies thérapeutiques qu'il serait trop long d'analyser ici.

30. — Etude sur les caractères et la nature de l'arthrite dite fongueuse. Tuberculose osseuse et articulaire. (*Société de chirurgie*, p. 491, 1882.)

Cette monographie résume la série des recherches que j'ai entreprises sur les ostéo-artbrites et dont une partie seulement a été publiée. Elle renferme, en même temps, un exposé de 38 autopsies et les résultats de 11 expériences sur les animaux.

Dans la première partie, j'ai tâché de caractériser les fongosités en les divisant en deux classes : les fongosités simples et les fongosités tuberculeuses ; cette distinction est fondée non seulement au point de vue anatomique, mais encore expérimentalement, car les fongosités tuberculeuses sont inoculables, propriété qui n'appartient pas aux premières. Puis j'ai montré que, dès l'apparition des tubercules, il s'ajoute dans les os et les synoviales un proces-

sus d'inflammation chronique et diffuse, qui prend désormais une place considérable, bien qu'il soit d'origine secondaire. C'est à ce mélange confus et complexe des deux processus inflammatoire et spécifique qu'on doit rapporter les caractères cliniques du tissu fongueux dans les parties molles; dans les parties dures il résume en quelque sorte les traits essentiels de ce qu'on appelait autre fois *la carie* scrofuleuse.

La seconde partie de ce mémoire est consacrée à l'étude de la tuberculose primitive des synoviales et de la tuberculose osseuse. La première est rare eu égard à l'extrême fréquence de la seconde.

Aussi est-ce sur cette dernière que je me suis appesanti.

La tuberculose se montre dans les os sous deux formes différentes : la forme circonscrite beaucoup plus commune, l'infiltration diffuse beaucoup plus rare. La première, constituant ce qu'on appelle un foyer tuberculeux, peut rester à l'état latent pendant des mois et même des années. D'habitude l'affection progresse ; c'est qu'en effet ces foyers sont un danger pour les tissus qui les entourent. J'ai cru devoir insister sur ce point, qu'un foyer tuberculeux est toujours menaçant, parce qu'il expose les tissus voisins à l'inoculation. Le contact de ces tissus avec les liquides provenant du ramollissement d'un foyer est la source de nouvelles éruptions tuberculeuses dans ces tissus ; ainsi naissent les abcès tuberculeux à la surface des os. Des effets du même ordre sont produits sur les synoviales : l'arrivée des éléments tuberculogénes sur la synoviale réfléchie autour des épiphyses y détermine l'apparition de tubercules, *arthrite tuberculeuse* ou *spécifique*, en même temps que la synoviale s'infiltre de produits plastiques ou inflammatoires, *arthrite réactionnelle* ; ce mécanisme explique bien pourquoi dans la tumeur blanche l'épaississement débute toujours par la périphérie de cette membrane dans le point correspondant au foyer primitif. De la synoviale le mal gagne l'intérieur de la jointure et il se propage en même temps et par le même procédé d'inoculation à l'autre épiphyse ; tout le champ articulaire est dés lors envahie. J'ai plusieurs fois fait la remarque que les désordres étaient plus étendus en surface et plus diffus dans l'épiphyse envahie en second lieu, tandis qu'ils étaient plus limités et plus profonds dans celle qui avait été le point de départ de l'infection.

Les conclusions thérapeutiques découlent de ce qu'est le mal à son origine : un foyer osseux presque toujours limité, mais en même temps plein de virulence ; là est la cause de tous les désordres qui vont se produire. Aussi ai-je cru pouvoir résumer la thérapeutique dans la proposition suivante : l'intervention doit être prompte et s'adresser à la fois aux foyers primitifs et aux sources qu'ils ont pu engendrer.

31. — Mal de Pott; déplacement des centres de mouvements dans cette affection. Ses indications thérapeutiques. (*Bulletins de la Société de chirurgie*, p. 698, 1877.)

Une discussion importante ayant été soulevée à la Société de chirurgie sur le traitement du mal de Pott, l'auteur y prit part et chercha à faire ressortir les points suivants : 1° le pronostic d'un mal de Pott compliqué d'abcés est loin d'être toujours fatal et il y a plusieurs procédés de guérison; de nombreux exemples en furent donnés comme preuves ; 2° la question des appareils est importante ; mais on ne doit pas les considérer dans l'espèce comme des agents d'immobilisation de la région atteinte. Leur but principal est de venir au secours de la région vertébrale déviée et de la soulager du poids des parties du corps placées au-dessus d'elle, poids dont la partie malade a la charge. Ce sont donc des étais, des appareils de contention ou de soutien. D'ailleurs l'immobilisation des vertèbres atteintes est assurée à chaque période du mal de Pott par la contracture musculaire et on ne peut déterminer de mouvement dans les vertèbres atteintes. Aussi est-il curieux de signaler le déplacement des centres de mouvements de la colonne vertébrale dans le mal de Pott. Aprés avoir rappelé que tous les points du rachis ne sont pas également mobiles et qu'on y considère avec juste raison des centres de mobilité, l'auteur a été conduit à développer la remarque suivante, d'aprés ses propres observations : lorsque la gibbosité du mal de Pott occupe un des centres de mouvements du rachis, il se produit un déplacement dans le siége physiologique de la mobilité ; le centre se déplace et se porte au-dessus de la gibbosité dans le mal de Pott cervico-dorsal, au-dessous dans le mal de Pott dorso-lombaire. Les mouvements qui s'accomplissent dans ces nouveaux sièges sont très étendus; ils suppléent à ceux que l'immobilité de la courbure ne leur permet pas d'accomplir.

32. — Mémoire sur la syphilis osseuse congénitale. (*Société de chirurgie*, p. 371, 1881.)

L'historique de la question a été traité aussi complètement que possible dans ce travail ; les travaux français et étrangers depuis Bertin sont successivement passés en revue et leur analyse montre que jusqu'en 1870 la *rareté* des lésions osseuses dans la syphilis congénitale était universellement acceptée comme un

dogme ; à partir de cette époque, la question entre dans une nouvelle phase, et c'est à cette date que remontent les premiers travaux de M. Parrot. Après avoir recueilli quelques observations éparses de Valleix, Ranvier, Guéniot, et rappelé le travail de G. Wegner sur le même sujet, M. Parrot établit la fréquence des lésions osseuses dans la syphilis congénitale, puis il aborde l'étude de ces altérations et, dans une description didactique d'un haut intérêt, il montre quel est le lien de continuité qui correspond aux divers états morbides.

Poursuivant ces mêmes recherches, M. Parrot établit dans d'autres mémoires d'importantes propositions : « Chez tout fœtus ou tout enfant du premier âge, portant sur la peau, les muqueuses ou dans les viscères, une marque de la syphilis héréditaire, le systéme osseux est altéré. » Enfin, les lésions osseuses peuvent exister exclusivement en l'absence de toute autre manifestation de la syphilis héréditaire.

Jusque-là on ne s'était guère occupé que des manifestations qui précèdent la naissance ou qui la suivent de près. Cependant MM. Fournier et Gosselin indiquent que, plus souvont qu'on ne croit, les accidents tertiaires de la syphilis sont héréditaires, mais qu'on ne peut être renseigné à cet égard.

Ce mémoire a pour but d'établir que *ces manifestations osseuses tardives*, qui étaient en quelque sorte pressenties, sont beaucoup plus communes qu'on ne pense.

Il contient six observations publiées avec de longs détails, afin de montrer les marques diverses que portent les sujets depuis leur naissance jusqu'au jour ou apparaissent les altérations des os.

Ces altérations se montrent plus particuliérement après l'âge de trois à quatre ans. La multiplicité des os atteints est un des caractères les plus constants de l'affection. Le gonflement des os revêt une forme particulière. Du lieu d'élection où il apparaît et qui est la région diaphyso-épiphysaire pour les os longs, il procède avec lenteur et met quelquefois plusieurs années à envahir une diaphyse entière. Il forme alors d'énormes hyperostoses noueuses, à surface grenue et irrégulière. Puis ce cortège, entremêlé parfois de suppurations et de nécroses, s'arrête et il reste des déformations osseuses indélébiles. Ces déformations sont remarquables, en ce sens qu'elles ont quelque chose de spécial : un os long n'est plus prismatique, il est irrégulier et anormalement incurvé ; il est aussi plus long et plus volumineux qu'il ne doit être.

L'expression faciale des petits malades, leur apparence sénile parfois, leur développement chétif, la rareté des cheveux et des cils, une dentition incomplète ou altérée, enfin les cicatrices cutanées disséminées sur le corps complétent la physionomie de l'affection.

33. — Note à propos d'une observation de syphilis infantile héréditaire avec rachitisme généralisé. (*Société de chirurgie*, p. 140, 1883.)

34. — Recherches expérimentales sur la greffe de l'os mort dans l'os vivant. Résorption des séquestres. (*Société de chirurgie*, p. 373, 1882.)

La question de la résorption des séquestres n'était pas suffisamment démontrée ; on n'en avait pas fourni la preuve expérimentale, et d'autre part l'appréciation des faits d'observation clinique n'était pas à l'abri de contestations qui pouvaient, à juste titre, faire naître des doutes sur l'interprétation à tirer de ces faits : ces doutes ne sauraient persister désormais.

Un séquestre, c'est-à-dire une portion d'os séparée depuis longtemps du squelette, se montre sous deux conditions : tantôt il baigne dans le pus ; tantôt il est entouré par une membrane granuleuse, dont les bourgeons s'appliquent sur ses faces et sur les anfractuosités qu'elles présentent. Deux séries d'expériences ont été faites pour reproduire ces conditions.

Dans la première, nous avons placé des fragments d'os dépourvus de toute vitalité, dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans le péritoine ; une de ces expériences a duré un an et demi. Dans ces conditions, les séquestres conservent leur poids, ils ne sont le siège d'aucun phénomène de résorption, ils s'enkystent dans une loge purulente ou ils sont expulsés.

Dans la seconde série, des chevilles d'os et d'ivoire, préalablement désinfectées, ont été introduites dans le tibia de lapins vivants, en suivant avec rigueur les règles de la méthode antiseptique. La suppuration fut évitée. Au bout de deux mois, les chevilles d'os étaient presque entièrement résorbées, tandis que dans les chevilles d'ivoire le travail de résorption était fort peu avancé.

Les examens histologiques des pièces précédentes ont permis de suivre pas à pas le mécanisme de la greffe osseuse, la manière dont s'accomplit la résorption de l'os ancien et la substitution d'un os nouveau à la place de la cheville expérimentale. Il résulte de ces faits : que la résorption de l'os mort est un fait d'expérience et qu'elle a lieu plus facilement et plus promptement que celle de l'ivoire ; de plus, elle est suivie de la formation d'un os nouveau.

La plus grande analogie existe entre ces phénomènes d'ordre expérimental

et les phénomènes pathologiques relatifs à la résorption des séquestres. On doit enfin préférer l'os à l'ivoire dans la pratique des résections, pour assnrer le maintien des fragments en place.

Ce travail a été fait en commun avec M. Vignal, préparateur au Collège de France.

35. — Mémoire sur les ostéites apophysaires pendant la croissance. (*Société de chirurgie*, p. 162, 1878.)

Constituées exclusivement par du cartilage à une première période de lenr existence, les apophyses sont, comme ce tissu lui-même, très réfractaires aux actes inflammatoires. Plus tard le tissu osseux y apparaît et il est compris dans une gangue de cartilage qui l'isole et le sépare du reste de l'os. Dès ce moment les apophyses peuvent devenir le siège d'ostéites ; mais comme le tissu osseux est entouré d'une coque cartilagineuse il en résulte que l'affection est cantonnée dans l'apophyse elle-même ; l'ostéite est en quelque sorte indépendante de la diaphyse et de l'épiphyse. Cet isolement est un gage de sécurité pour les parties voisines; mais si l'ostéite s'accompagne d'une destruction du cartilage, ou plus simplement, si elle hâte la soudure définitive de l'apophyse au reste de l'os, la barrière disparaît et l'affection peut s'étendre dans tous les sens.

Diverses influences produisent les ostéites apophysaires ; ce sont : le rhumatisme, la tuherculose, le traumatisme, les maladies générales infectieuses ; enfin on doit y ajouter aussi l'influence excessive ou trop longtemps répétée de la contraction des muscles s'insérant sur l'apophyse, contraction mise en jeu par un exercice prolongé, une profession, etc.

Ce travail contient six observations, données à titre d'exemple de l'influence exercée par les causes précédentes, ainsi que des commentaires relatifs à l'ostéite apophysaire de la tubérosité antérieure du tibia.

FRACTURES.

36. — Sur les fractures de la partie moyenne du radius; rôle de l'action musculaire sur la déviation des fragments et l'attitude du membre. (*Gazette des hôpitaux*, 1866.)

37. — Note sur les fractures extra-capsulaires du col du fémur compliquées de fractures du grand trochanter. (*Société de chirurgie*, p. 131 et 138, 1874.)

Présentation de trois pièces recueillies à des époques différentes: sur un sujet, la mort est survenue au bout de quarante-huit heures, sans qu'il ait été fait de tentatives de réduction ; sur les deux autres sujets, la consolidation était achevée.

L'absence de pénétration est évidente dans chacun de ces exemples. Or, si l'on entend par ce mot l'enclavement persistant d'un fragment dans un os, ou de deux fragments l'un dans l'autre, il est incontestable que le mécanisme de la pénétration ne saurait être la règle absolue dans cette variété de fractures.

38. — Note sur les fractures indirectes de la mâchoire supérieure. Observation de disjonction des maxillaires avec déchirure de la muqueuse buccale. (*Société de chirurgie*, p. 668, 1879.)

Ce travail comprend une observation de disjonction des maxillaires supérieures déterminée chez un enfant de trois ans par une chute de la hauteur d'un premier étage ; le haut de la face au niveau de la racine du nez a porté. Il y est joint deux observations analogues rapportées par J. Cloquet et Bérard.

Dans les commentaires relatifs au mécanisme de ces disjonctions, l'auteur a mis à contribution l'important mémoire lu à l'Académie de médecine par M. Alphonse Guérin (juillet 1866) pour montrer les différences qui séparent la fracture antéro-postérieure des fractures transversales.

39. — Enfoncement des os du crâne avec saillie de la lame interne dans la cavité crânienne. Foyer de contusion cérébrale. Méningo-encéphalite suppurée. (*Société de chirurgie*, p. 878, 1879.)

40. — Fractures du coude chez les enfants. (*Société de chirurgie*, p. 234, 1880.)

Après avoir rappelé l'importance qu'il y a à maintenir une bonne réduction à l'aide des appareils appropriés, l'auteur insiste sur l'écueil dont est menacée la jointure au point de vue de ses mouvements, par la formation d'un cal volumineux. Chez les enfants et chez les adolescents, l'excitation provoquée par le travail d'ossification favorise la formation de cals irréguliers et très gros, en même temps qu'il se produit aussi dans l'extrémité articulaire de l'os fracturé de l'os-

téite interstitielle ou productive, selon l'expression de M. Gosselin. De là des déformations qui limitent au moins pendant un temps assez long et quelques fois pour toujours le champ des mouvements articulaires. M. Verneuil a très judicieusement insisté sur la meilleure conduite à tenir pour prévenir ces fausses ankyloses.

L'immobilisation doit être rigoureuse dans la position la plus favorable à une bonne réduction, et on ne doit pas chercher trop promptement à favoriser par des manœuvres intempestives le retour des mouvements de l'articulation.

41. — Trois faits de pseudarthrose consécutive à des fractures. (*Société de chirurgie*, p. 149, 1881.)

42. — Fracture humérale, déchirure du nerf radial, suture des deux bouts du nerf. Persistance de la paralysie. (*Société de chirurgie*, p. 155, 1881.)

43. — Pathogénie des épanchements du genou dans les fractures de cuisse. (*Société de chirurgie*, p. 6, 1878.)

Après avoir rappelé les différentes opinions émises sur la cause de cet épanchement qu'on doit considérer comme un signe précieux dans les cas douteux de fracture de cuisse, je rapporte une autopsie très concluante, en faveur de la théorie de M. Gosselin, d'après laquelle le liquide articulaire est dû à la transsudation, à travers la synoviale, de la partie séreuse du sang épanché dans les tissus.

44. — Rapport sur un travail de M. Berger intitulé : De l'épanchement articulaire du genou consécutif aux fractures du fémur. (*Société de chirurgie*, p. 336, 1878.)

45. — Luxation pathologique d'un condyle de la mâchoire inférieure dans la cavité du crâne; abcès du cerveau consécutif. (*Société anatomique*, p. 354, 1866.)

L'articulation temporo-maxillaire était atteinte depuis longtemps d'une arthrite suppurée; la base du crâne ayant été le siège d'une ulcération chronique,

le condyle du maxillaire entraîné par le muscle temporal a pu pénétrer lentement dans le crâne à travers la partie antérieure du rocher ; le nerf facial et une partie du ganglion de Gasser ont été détruits. Dans un certain nombre d'expériences cadavériques, le même trajet du condyle à travers le conduit auditif externe et la partie antérieure du rocher a été reproduit.

46. — Cagnosité du genou. Présentation de pièces, en vue d'un des mécanismes de la cagnosité. (*Société anatomique*, p. 15, 1870.)

Sur un sujet atteint d'arthrite sèche du genou et très fortement cagneux, on trouvait les déformations suivantes : le volume des condyles fémoraux était normal, bien que l'interne parût beaucoup plus saillant. Mais le plan des cavités glénoïdes du tibia n'était plus horizontal. La cavité glénoïde externe était beaucoup plus profonde, un centimètre de différence avec l'état normal ; de plus son plan était oblique de haut en bas, d'arrière en avant et de dedans en dehors : de telle sorte que le condyle externe du fémur ne pouvait reposer sur elle qu'à la condition de donner au genou une direction angulaire à sinus ouvert en dehors ; de là, l'état cagneux.

47. — Genu valgum. (*Société de chirurgie*, p. 84, 1874.)

48. — Subluxation du fibro-cartilage semi-lunaire externe du genou. (*Société de chirurgie*, p. 573, 1879.)

Cette observation a beaucoup d'analogie avec celles de Hey, A. Cooper et Malgaigne; les symptômes du déplacement du fibro-cartilage y sont évidents. Sa publication a été suivie d'une communication importante de M. le Fort sur le même sujet.

49. — Exostose de développement. Observations publiées dans : Thèse de Laburthe. Paris, 1871.

50. — Observations d'ostéosarcôme chez les enfants. (*Société de chirurgie*, p. 362, 1880.)

Dans l'un de ces cas, la désarticulation de la hanche fut pratiquée et la guérison obtenue presque entièrement par réunion immédiate.

51. — Sept observations d'ostéite apophysaire pendant la croissance, publiées dans : Thèse de Jégun. Paris, 1878.

MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES.

52. — Etude sur les hydrocèles volumineuses. (*Société de chirurgie*, 1874, et thèse de M. Marimon. Paris, 1874.)

Trois grosses hydrocéles appartenant à des sujets qui avaient succombé à Bicêtre à d'autres affections ont été présentées à la Société de chirurgie. Elles montrent ce que devient l'épididyme lorsque la tumeur prend un développement considérable ; cet organe se laisse distendre sur la tumeur, les lobules se déplissent et finalement, réduit à une minceur extrême, il s'étale sur la surface de la tumeur ; un épididyme a sur une de ces pièces 17 centimétres de long et la minceur d'une feuille de papier. Les vaisseaux afférents sont aussi trés allongés. Dans ces cas, la fonction spermatique est abolie ou au moins suspendue ; on ne trouve plus de spermatozoïdes dans les parties supérieures des voies d'excrétion. Ce travail contient en outre un aperçu sur le mécanisme du développement de l'hydrocéle et des conclusions pratiques qui découlent de ces faits.

53. — Orchite blennorrhagique chez un sujet mort du choléra. Description des altérations de l'épididyme et des exsudats périphériques à cet organe. (Thèse Delaporte. Paris, 1866, et *Société de chirurgie*, p. 126, 1881.)

54. — Tumeur congénitale du scrotum, paratesticulaire, probablement formée par les vestiges du corps de Wolf. (*Société de chirurgie*, p. 431, 1880.)

55. — Altérations de l'épididyme et Etudes sur les spermatozoïdes dans les anciennes orchites. (*Société de chirurgie*, p. 126, 1881.)

Dans un certain nombre d'autopsies faites à l'hospice de Bicêtre, j'ai étudié les altérations épididymaires des anciennes orchites, et j'ai presque toujours constaté l'oblitération de l'épididyme à l'aide des injections mercurielles. On rencontre en outre très souvent dans la queue de l'épididyme de petites cavités kystiques, ayant la dimension d'une lentille et même d'une demi-noisette, remplies d'un liquide lactescent, dans lequel se trouvent des spermatozoïdes à différents états de développement.

Tandis que les uns sont complets, d'autres sont rudimentaires et réduits à la tête et à un rudiment de queue ; beaucoup d'entre eux sont aussi très granuleux. Chez les mêmes sujets, on ne trouve pas de spermatozoïdes dans les vésicules séminales, tandis qu'ils existent dans l'épididyme jusqu'au niveau de la queue. On doit donc conclure que les fonctions du testicule ne sont pas supprimées, mais que la perméabilité des voies d'excrétion fait défaut. Cette conclusion est conforme à celle qu'avait déjà formulé M. Gosselin.

56. — Sur le lipome du scrotum; interprétations diverses à l'égard de ses origines. (*Tribune medicale*, 1874.)

57. — Varicocèle de la queue de l'épididyme dans: Thèse de Doumenge, Paris, 1875.

J'ai plusieurs fois rencontré chez les vieillards de véritables tumeurs circonscrites au niveau de la queue de l'épididyme, du volume d'une noix parfois, formées par un plexus de veines comprises elles-mêmes dans une gangue fibreuse. La thèse de M. Doumenge a relaté ces faits.

58. — Application de la galvano-caustie au traitement du varicocèle, une observation dans : Thèse de Lagardère, Paris, 1873.

59. — Calcul de l'urèthre chez un enfant de 2 ans, infiltration urinaire considérable. (*Société de chirurgie*, p. 488, 1881.)

60. — Rétrécissement traumatique de l'urèthre, observation d'uréthrotomie externe chez les enfants dans : Thèse d'agrégation de Terrillon, 1878.

61. — Observation de contusions et mécanisme des ruptures de la portion périnéale de l'urèthre, dans : Thèse de Badin, Paris, 1870.

AFFECTIONS CONGÉNITALES.

62. — Sur les solutions de continuité congénitales de la lèvre inférieure (bec-de-lièvre et divisions transversales). (*Société de chirurgie*, p. 517, 1879.)

La rareté des anomalies congénitales de la lèvre inférieure, eu égard à la fréquence de celles de la lèvre supérieure, trouve sa raison d'être dans un développement qui procède d'une manière absolument différente dans l'un et l'autre de ces organes. Il n'était pas utile d'insister sur ce point, aujourd'hui bien connu, mais il était intéressant de faire un relevé aussi complet que possible des observations publiées et de les comparer entre elles. C'est ce qui a été fait dans ce travail. Le rapprochement de ces faits épars conduit à mettre en relief l'influence de plusieurs causes pour comprendre la pathogénie de ces anomalies. Deux observations sont fournies par l'auteur : la première est un exemple d'un bec-de-lièvre compliqué de division du maxillaire; le sujet était polygnathe, et la division de la lèvre était due à l'interposition du maxillaire supplémentaire entre les deux bords de la solution de continuité.

Dans la seconde observation, l'anomalie est transversale ; il existait sur le bord libre de la lèvre une cavité médiane d'un centimètre de profondeur sur un centimètre et demi de long, à grand axe dirigé dans le sens de ce bord libre; une opération autoplastique amena la guérison de la difformité.

63. — Sur la grenouillette congénitale par dilatation du canal de Warthon imperforé. (*Société de chirurgie*, p. 898, 1879.)

L'existence de la dilatation congénitale du canal de Warthon formant tumeur sur le plancher de la bouche a été anatomiquement démontrée pour la première fois par M. le professeur Guyon (Société de chirurgie, 1867, p. 145); mais longtemps avant cette démonstration, Stolz avait publié dans la *Gazette médicale* (1833) un fait de grenouillette qu'on doit aussi regarder comme congénitale, bien qu'on ne l'eût pas constatée immédiatement après la naissance : il n'est pas certain d'ailleurs qu'elle fût produite par la dilatation du canal de la glande sous-maxillaire. Les caractères cliniques de cette dilatation sont tout à fait différents de ceux de

la grenouillette commune, et l'observation publiée par l'auteur est dans le plus parfait accord avec celle de M. Guyon.

64. — Sur les luxations congénitales de la rotule. (*Société de chirurgie*, p. 236, 1880.)

Il ressort de l'importante étude critique de Malgaigne sur ce sujet qu'un certain nombre de faits publiés par Paletta, Chélius, Wutzer, Michaelis, doivent laisser des doutes sur l'existence de cette luxation à la naissance. Le plus souvent en effet la luxation n'a pas été constatée à ce moment, de telle sorte que rien n'indique qu'elle ne se soit pas produite plus tard. L'observation publiée dans cette note est concluante, la luxation ayant été constatée le lendemain de la naissance ; la rotule est déplacée en dehors ; cet os est moins développé que son congénère ; le membre entier est le siège d'une atrophie dont le degré est fixé par des mensurations exactes.

65. — Vaste kyste congénital du cou se prolongeant dans les médiastins antérieur et postérieur autour du péricarde et des gros vaisseaux. Présentation des pièces. (*Société de chirurgie*, p. 174, 1880.)

66. — Tumeur érectile congénitale de la main, kystique et pédiculée, simulant un doigt supplémentaire. (*Société de chirurgie*, p. 852, 1881.)

67. — Macrodactylie éléphantiasique d'origine congénitale chez un enfant de six ans ; l'index et le médius ont un volume supérieur à celui des doigts de l'adulte. (*Société de chirurgie*, p. 710, 1880.)

68. — Bec-de-lièvre rare et compliqué chez un monstre exencéphalien. (*Société de chirurgie*, p. 483, 1881.)

Chez cet enfant vivant et venu à terme, le crâne fait défaut dans toute son étendue, sauf en arrière, où l'on trouve comme un occipital. Sur la face on

remarque : 1° un coloboma symétrique portant sur les quatre paupières : une lame fibreuse, continue en haut avec la membrane fibreuse qui recouvre l'encéphale, s'insinue dans l'écartement de ce coloboma, se fixe à l'œil, à la cornée et à la conjonctive, et descend sur la joue, s'insérant à la peau et au maxillaire ; 2° un double bec-de-lièvre : à gauche, le bec-de-lièvre se prolonge jusqu'à la division verticale de la paupière inférieure en contournant l'aile du nez ; à droite, la solution de continuité part de la commissure labiale, se dirigeant d'abord vers l'oreille, puis elle se détourne en haut pour gagner obliquement le coloboma de la paupière inférieure droite. Ces deux becs-de-lièvre sont occupés par un prolongement fibreux dépendant de la lame fibreuse dont il a été parlé plus haut. A propos de ce fait complexe, l'auteur rappelle à l'égard du bec-de-lièvre les cas qui lui sont comparables, et, relativement au coloboma des paupières et aux adhérences de la cornée, l'observation instructive communiquée à la Société de chirurgie par M. Polaillon.

69. — Sur les fistules et les dépressions cutanées congénitales paravertébrales inférieures, avec une observation de kyste dermoïde de la région sacro-coccygienne. (*Société de chirurgie*, p. 185, 1882.)

Kühn, de Strasbourg, avait depuis longtemps signalé, chez les enfants, l'existence d'une dépression cicatricielle en cul-de-poule, une fois sur quatre ou cinq cas, au niveau de l'articulation sacro-coccygienne. D'autres observateurs, MM. Després, Féré, Lawson, Tait avaient aussi appelé l'attention sur ce sujet, lorsque M. Terrillon vint communiquer à la Société de chirurgie deux observations de fistules sacro-coccygiennes dont l'origine pouvait être rapportée à cette disposition anatomique.

Ce fut une occasion, pour l'auteur de ce mémoire, de communiquer les recherches qu'il avait faites sur ce sujet et qui portent sur l'examen de cent trente enfants nouveaux-nés ou plus âgés. L'existence d'une dépression, d'un infundibulum ou même d'une véritable petite fistule a été constatée 95 fois, c'est-à-dire dans les quatre cinquièmes des cas. Sur ce nombre 95, la fossette ou l'infundibulum siégent : 29 fois à la naissance même de la rainure interfessière en regard de la face postérieure du sacrum ; 38 fois en face de l'articulation sacro-coccygienne ; 28 fois enfin, au niveau de la pointe du coccyx. Sur l'ensemble de ces cas, il n'existait que quatre exemples de fossettes latérales sans fossettes médianes ; douze fois on rencontrait des fossettes multiples, mé-

dianes et latérales. Enfin, ce contingent de 95 faits comprend 14 cas d'infundibulum et de fistules réelles, c'est-à-dire de trajets rétrécis dépassant en profondeur 2 à 3 millimètres.

La description de cette disposition anatomique a été étudiée dans tous ses détails sur le vivant et sur des pièces anatomiques; son origine doit être rapportée à l'évolution embryonnaire. Elle peut avoir pour conséquences pathologiques la formation de fistules simples, multiples ou ramifiées, ainsi qu'en témoignent les observations de M. Terrillon. La persistance de cette intrusion de la peau vers le squelette explique encore la formation de certaines tumeurs congénitales, des kystes dermoïdes en particulier, et l'observation fournie par l'auteur à la suite de ce travail en est un nouvel exemple.

70. — Mémoire sur les appendices congénitaux de la face. (*Société de chirurgie*, p. 234, 1882.)

On observe parfois chez le nouveau-né, chez les jeunes enfants et même chez l'adulte, des prolongements cutanés de forme singulière, comparables à de petites cornes dont il n'ont cependant ni la couleur, ni la structure. Ils paraissent avoir un siège constant dans la région faciale inférieure. Comme l'auteur n'a trouvé aucune description de cette disposition, il ne peut avoir en vue que les sept exemples publiés par lui ; or, le siège exclusif qu'ils ont occupé a été la région antérieure de l'oreille externe, la joue proprement dite, la lèvre inférieure enfin, c'est-à-dire, toujours au-dessous d'une ligne transversale partant de l'oreille au niveau du tragus et aboutissant à l'aile du nez. On doit les distinguer en *cutanés* et *muqueux*. Les premiers proéminent sur la face externe de la joue en se détachant de la peau et en s'élevant d'habitude perpendiculairement au plan de leur insertion ; les plus longs peuvent acquérir un centimètre. Le seul exemple d'appendice muqueux occupait la cavité buccale ; l'implantation avait lieu sur la muqueuse de la lèvre inférieure à égale distance du bord libre et du bord adhérent.

Ces appendices sont *solitaires* ou *multiples ;* dans ce dernier cas ils sont disposés par paires et implantés l'un à côté de l'autre sur un plan vertical; ils sont parfois symétriques sur les deux moitiés de la face. L'hérédité a existé dans un cas.

Leur structure comprend une couche externe cutanée ou muqueuse et une partie centrale. Cette dernière consiste en une sorte de tige ferme, résistante, qui n'est autre que du cartilage appartenant à la variété fibreuse (fibro-

cartilage). La présence de ce bâtonnet central cartilagineux explique la fermeté de ces appendices. Leur siège constant, la texture du fibro-cartilage central absolument analogue au cartilage temporaire dit de Meckel, font penser que ces appendices dérivent de ce cartilage. L'une ou l'autre de ces deux hypothèses peut alors être acceptée : la portion faciale du cartilage de Meckel ne s'étant pas entièrement atrophiée, il en persiste des vestiges sous la forme des rudiments précédents; secondement ce cartilage ayant été le siège d'un bourgeonnement exubérant, les parties saillantes sont restées en soulevant la peau. La première hypothèse me semble la plus vraisemblable.

71. — Kyste congénital de la langue, observation publiée dans : Kystes de la langue, Thèse de Géhé, Paris, 1882.)

72 — Sur les amputations congénitales. Communication faite à l'Académie de médecine le 22 novembre 1881, et *Archives générales de médecine*, p. 46 et 157, 1882.)

Il s'est présenté à mon observation chez un enfant de trois mois un exemple curieux d'amputations congénitales multiples des doigts et des orteils. En outre, sur le pied gauche, les trois premiers orteils existaient au moment de la naissance, mais ils présentaient à leur partie moyenne un sillon circulaire et circonférenciel qui les réduisait à un pédicule à ce niveau ; ce pédicule s'est aminci dans les quinze premiers jours de la vie au point que les extrémités des orteils sont tombées spontanément. En même temps cet enfant présente sur les doigts qui ne sont pas amputés et à la jambe droite des sillons circonférenciels complets ou incomplets, en général perpendiculaires à l'axe des membres, qui sont devenus très notablement plus profonds. A propos de ce fait, j'ai cru devoir me livrer à quelques recherches sur les amputations congénitales, et j'ai cherché à résoudre la question de savoir sous quelle influence se développent ces variétés si singulières de rétrécissements annulaires des membres qui ne sont en rapport avec aucune distribution des nerfs périphériques, ni avec aucune des artères terminales.

J'ai cru devoir rejeter pour le plus grand nombre de ces cas l'influence de brides adventices étranglant les parties, et après avoir montré que ces faits étaient comparables à ce qu'on observe dans l'aïnhum, après avoir rappelé deux observations du Dr Menzel, identiques à celle que nous avons communiquée à l'Aca-

démie, j'ai pensé qu'on devait rapporter à une transformation circonférencielle et fibreuse de la peau et des tissus sous-jacents (sclérodermie annulaire) la cause de cette rétraction progressive, à laquelle les os eux-mêmes n'échappent pas.

73. — Quelques exemples d'anomalies congénitales au point de vue de leur pathogénie. (*Archives générales de médecine*, numéros d'avril et de mai 1883.)

L'idée générale de ce mémoire est celle-ci : les mêmes anomalies peuvent être produites par des conditions physiologiques ou pathologiques de l'embryon parfaitement différentes. Cela revient à dire qu'une modification déterminée de l'organisation embryonnaire en voie de formation n'est pas nécessairement subordonnée à l'influence d'une cause unique et exclusive. Les données fournies par l'expérimentation confirment pleinement cette proposition et Panum, Lombardini, M. Dareste surtout, sont parvenus aprés Prévost et Dumas à produire les mêmes anomalies en variant les conditions physiologiques de l'embyron, tantôt par un refroidissement temporaire des œufs, tantôt par l'emploi de courants électriques, tantôt enfin par l'échauffement inégal de l'œuf. Les nombreux exemples d'anomalies humaines en fournissent également des preuves nouvelles. Dans un premier paragraphe, aprés avoir donné un aperçu rapide des théories qui se sont succédé, l'auteur étudie l'influence des causes extérieures à l'embryon, les secousses maternelles, le traumatisme utérin, l'hyperthermie de la mére.

Puis il aborde l'étude des *causes tirées des modifications organiques de l'embryon et de ses annexes.*

L'hydropisie embryonnaire partielle succédant elle-même à des troubles de formation vasculaire est en premier lieu invoquée depuis Marcotte de Montpellier comme une des cause du spina bifida, des hernies cérébrales, etc.; mais elle n'est pas la seule et des adhérences embryonnaires peuvent amener le même résultat. Un certain nombre d'anomalies sont d'ordre exclusivement mécanique et les trois premières observations du mémoire ont trait à cet ordre de faits ; deux becs-de-liévre, une division du voile du palais, sont produits par des tumeurs des parties voisines qui ont empêché la soudure.

La compression exercée par l'amnios, les adhérences de cette membrane à l'embryon et les plis anormaux amniotiques paraissent être une des causes les plus importantes des anomalies, et j'en cite plusieurs exemples dont une obser-

vation détaillée (bec-de-lièvre rare où il existe des adhérences qui ont persisté entre les lèvres de la solution de continuité); j'ai essayé de montrer en même temps que l'ordre et la régularité des difformités de la face aussi bien que leur bizarrerie s'expliquent par cette théorie que M. Dareste a mise en évidence par un grand nombre de faits expérimentaux.

Enfin, à l'égard des maladies constitutionnelles des parents et de leur influence indirecte sur le développement de ces anomalies, je cite quatre observations dans lesquelles les produits nés de parents syphilitiques sont venus au monde affectés, l'un de spina bifida, le second d'une division de la voûte palatine et du palais, les deux derniers enfin de pieds bots.

TRAVAUX DIVERS DE PATHOLOGIE EXTERNE.

74. — Pathogénie des rétrécissements du rectum. Variété consécutive à un prolapsus rectal. (*Société de chirurgie*, p. 801, 1878.)

Ce travail a pour but de mettre en lumière une variété de rétrécissements dont l'origine doit être rapportée à la chute du rectum. Ces rétrécissements sont exceptionnels dans l'histoire de cette maladie et ils n'en sont nullement la conséquence obligée. Ils ne se produisent, en effet, qu'à la faveur d'une inflammation plastique ou ulcéreuse venant compliquer la chute du rectum. Leur siège les distingue du rétrécissement congénital ; ils sont placés à 5 centimètres de l'anus. Leur forme est celle d'une valvule circonférencielle complète ou incomplète, quelquefois aussi celle d'un anneau assez épais. Les caractères de ces rétrécissements s'expliquent par leur mode de formation à la suite d'une ulcération qui occupe le sommet de la tumeur formée par la chute du rectum. Deux observations dans lesquelles les malades ont été suivis pendant plusieurs mois jusqu'à l'époque ou le rétrécissement était définitif sont consignées dans cette note ; depuis leur publication deux cas nouveaux ont été communiqués à l'auteur, par MM. Verneuil et Fernet.

75. — Relation de dix-huit cas de corps étrangers de l'œsophage chez les enfants et d'un cas chez l'adulte. Considérations qui découlent de ces faits. (*Société de chirurgie*, p. 309, 1880.)

L'observation en trois années d'un nombre de faits relativement considérable a permis à l'auteur de donner différents aperçus sur ce sujet. Les circonstances au milieu desquelles l'accident se produit aux divers âges, les divers modes d'investigation qui conviennent le mieux dans la recherche de ces corps étrangers, quelques particularités cliniques relatives aux cas tout à fait récents ou à ceux qui datent de plusieurs jours et jusqu'à trois semaines, enfin certains points du traitement ont reçu dans ce mémoire les développements que comportait chacune de ces questions.

76. — Obs. de contusion des parois de l'abdomen et des viscères abdominaux. (*Société anatomique*, p. 11, 1865.)

— Obs. de phlegmon large du cou consécutif à une altération des cartilages du larynx. (*Société anatomique*, p. 13, 1865.)

77. — Obs. de tétanos; remarques sur la température de la vessie. (*Société anatomique*, p. 361, 1866.)

78. — Deux observations de tétanos traumatique à marche chronique, avec guérison; excessive sensibilité de quelques bourgeons des plaies. (*Société de chirurgie*, p. 193, 1876.)

79. — Obs. de caillot canaliculé de la veine axillaire; migration de quelques parcelles de ce caillot, infarctus pulmonaires. (*Société anatomique*, p. 142, 1867.)

80. — Obs. de cancroïde de la joue chez un tuberculeux; autoplastie. Perversion de la sensibilité dans le lambeau rapporté. (*Société anatomique*, p. 47, 1870.)

81. — Obs. de lymphadénome du cou; ulcération de la veine jugulaire interne, ligature des deux bouts du vaisseau. (*Société de chirurgie*, p. 279, 1871.)

82. — Obs. de polype naso-pharyngien, hémorrhagie. Ligature de la carotide externe. (*Société de chirurgie*, p. 299, 1871.)

83. — Obs. de polype naso-pharyngien, cas type de fibrome composé de neuf tumeurs. (*Société de chirurgie*, p. 352, 1873.)

84. — Opération de cataracte par extraction linéaire dans la cornée sans excision de l'iris. (*Société de chirurgie*, p. 21, 1873.)

85. — Obs. d'anévrysme traumatique de la paume de la main, traité par la méthode ancienne. (*Société de chirurgie*, p. 185, 1873.)

86. — Obs. d'anévrysmes multiples sur l'iliaque primitive et l'iliaque interne; athérome des veines. (*Société de chirurgie*, p. 634, 1875.)

87. — Plaies artérielles. Rapport sur un travail de M. Cras, professeur à l'école de médecine navale de Brest. (*Société de chirurgie*, p. 625, 1875.)

M. Cras adresse à la Société deux observations de plaies artérielles dans lesquelles l'hémorrhagie, étant déjà arrêtée, ce chirurgien crut devoir faire néanmoins la ligature pour prévenir une hémorrhagie secondaire qui aurait pu ne pas survenir, mais qu'il considérait comme probable. Le rapporteur a émis une opinion différente sur ce point et dans ce cas particulier l'hémorrhagie étant arrêtée depuis sept à huit heures dans le premier fait, dix heures dans le second, il se serait abstenu de toute intervention, exerçant seulement la surveillance la plus attentive. Un certain nombre de membres de la Société de chirurgie ne se sont pas associés aux conclusions du rapporteur.

88. — Deux exemples de kystes de la jambe publiés dans : Thèse sur les kystes des parties molles de la jambe. Lafitte, Paris, 1872.

L'une de ces observations a trait à un kyste dans une bourse séreuse accidentelle commune chez les botteleurs; l'autre est celle d'un kyste tendineux.

89. — Kyste gazeux du rein droit, analyse chimique des gaz. (*Société de chirurgie*, p. 569, 1877.)

L'analyse cbimique des gaz a été faite sons la direction de M. Baudrimont, pharmacien en chef de l'hôpital Trousseau. Sur 16 centimétres cubes de gaz on trouve : 8 centimètres cubes d'oxygéne ; 1 centimétre cube d'acide carbonique ; 7 centimètres cubes d'azote. Le pus également analysé renferme une forte proportion d'albumine et de chlorure de sodium. Traité par la potasse, il fournit un dégagement d'ammoniaque; traité par les acides, il se produit un dégagement d'acide carbonique, ce qui semblerait indiquer la présence de carbonate d'ammoniaque provenant de la décomposition de l'urée.

90. — Kyste hydatique de la langue chez un enfant de 2 ans et demi. (*Société de chirurgie*, p. 520, 1879.)

91. — Transformatiou d'un kyste sébacé, non congénital, en kyste huileux. (*Société de chirurgie*, p. 866, 1879.)

92. — Adénochondrome de la glande sous-maxillaire. (*Société de chirurgie*, p. 697, 1879.)

93. — Hypertrophie éléphantiasique du clitoris et des grandes lèvres, traitée par des incisious avec le thermo-cautère. (*Société de chirurgie*, p. 100, 1882.)

94. — Du pied bot congénital. (Thèse d'agrégation, section de chirurgie, 1869.)

95. — Recherches expérimentales sur la transmission du virus rabique de l'homme au lapin. Communication à l'Académie de médecine, 18 janvier 1881.

Ce travail a été fait en collaboration avec M. Maurice Raynaud. Trois séries d'expériences ont été entreprises :

1° Inocnlations faites sur des lapins avec des liquides recueillis chez un enfant rabique vivant. La salive et le sang ont été inoculés sur plusieurs lapins; les résultats ont été positifs pour la salive, négatifs pour le sang.

2° Inoculations faites avec différents liquides ou tissus recueillis sur le cadavre après la mort. Mucus buccal, résultats négatifs. Mncns brouchique, mort prompte des animaux. Glandes salivaires, les lapins ont survécu. Ganglions lymphatiques, résultats douteux. Système nerveux; nous avons cru formuler les conclusions suivantes : le système nerveux peut servir de véhicule au virus rabique ; c'est dans les cordons sensitifs, en rapport avec les points inoculés et dans leurs aboutissants centraux, qu'il faut chercher la virulence.

3° Inoculations faites subséquemment de lapin à lapin dans des conditions variées. Les tissus inoculés ont été les glandes salivaires, les ganglions lymphatiques, le système nerveux. On a remarqué que l'inoculation du bulbe était remarquablement active.

III. — Thérapeutique chirurgicale

Divisions de la voûte palatine et du voile du palais.

Différentes communications ont été faites à la Société de chirurgie sur ce snjet; elles ont principalement trait au traitement des divisions congénitales de la voûte palatine.

96. — Emploi de la muqueuse nasale pour oblitérer une large fissure buccale; le résultat opératoire fut très satisfaisant. (*Bulletins de la Société de chirurgie*, p. 287, 1871, et p. 566, 1872.)

97. — Seconde publication comparable à la précédente relatant cinq opérations. (*Société de chirurgie*, p. 469, 1876.)

98. — Troisième publication renfermant deux autres exemples d'uranoplastie et la description d'un procédé opératoire dont les applications peuvent convenir également aux autoplasties en général.

Dans l'un, il est encore fait usage avec succès d'un emprunt de la muqueuse nasale pour combler la perte de substance de la voûte palatine ; dans l'autre, l'au-

teur a en recours à un procédé différent, qui lui paraît devoir trouver des applications plus larges dans les autoplasties en général; Langenbeck. en effet, l'a utilisé plnsieurs fois depuis lors. Une des causes fréqnentes d'insuccès des autoplasties est le sphacèle total ou partiel des lambeaux, par insuffisance des sources vasculaires dans le pédicule du lambeau; le danger du sphacèle est surtout à craindre lorsque les lambeaux sont formés par un tissu peu vasculaire, par des cicatrices par exemple. Ce danger, on peut le conjurer en pratiquant l'autoplastie en deux temps. Qu'il me soit permis de laisser parler à ce sujet M. Tillaux, chargé de faire un rapport sur la publication que j'avais exposée à la Société de chirurgie : « L'accident le plus redoutable de l'uranoplastie, c'est la gangrène des lambeaux. Non seulement l'opération échoue, mais la situation du malade en est aggravée. M. Lannelongue s'est vivement occupé d'éviter cet accident pour son opéré, qui était une femme de 36 ans, atteinte d'une perforation médiane d'origine syphilitique.

Se basant sur les données de la physiologie pathologiqne, qui démontre qu'à la suite d'une plaie de nouveaux vaisseaux se développent dans chacune des lèvres de celle-ci, notre confrère s'est proposé d'utiliser cette disposition pour vasculariser les lambeaux latéraux et les mettre ainsi à l'abri de la gangrène. Il a pour cela pratiqué la restauration en deux temps. Dans un premier, une incision antéro-postérieure a été faite à une distance convenable de chaque côté de la perforation, et les bords internes ont été légèrement décollés. Il s'est borné là. Ces deux lambeaux, incomplètement détachés, ont rougi et se sont tuméfiés. Sept jours après, M. Lannelongue a terminé la restauration d'après la méthode de Baizeau et le résultat a été complet.» (*Bulletins de la Société de chirurgie* 1872, p. 197.)

99. — Mémoire sur l'uranoplastie ostéo-muqueuse. (*Bulletins de la Société de chirurgie*, p. 467, 1877.)

A la suite d'une communication pleine de nombreux enseignements de M. le professeur Trélat, dans laquelle d'ingénieuses modifications avaient été apportées par lui dans les procédés habituellement suivis et dans les instruments dont on se sert d'ordinaire, l'auteur publia les résultats de sa pratique personnelle et un aperçu sur les indications opératoires les mieux appropriées à chaque groupe de cas particuliers. Après une étude sommaire des variétés anatomiques de ces fissures, la question de l'âge est abordée. L'uranoplastie n'étant pas une opération d'urgence absolue ne doit être pratiquée que lorsque l'enfant se trouve dans

les conditions les plus favorables. On doit rejeter l'idée de toute intervention immédiatement après la naissance, et en effet sur cinq opérations pratiquées à cet âge par des chirurgiens divers il y a eu cinq désastres; la mort survient par inflammation de l'appareil respiratoire. Dans le cours de la première année de la vie, les résultats sont plus satisfaisants, mais il ne le sont pas encore assez pour justifier l'intervention. Aprés l'âge de deux ans et particuliérement vers l'âge de 3 on 4 ans, les conditions d'âge deviennent beaucoup meilleures ponr de multiples raisons et dés cette époque on est eutré dans une période où l'indication opératoire se pose formellement. Le choix du procédé opératoire est important; à ce sujet, l'auteur décrit le procédé qu'il appelle ostéo-muqueux ou procédé de Fergusson, qui n'avait pas reçu d'application en France, etauquel l'auteur a apporté certaines modifications appropriées à quelques cas particuliers.

Le parallèle de ce procédé et de celui de Baizeau, Warren on Langenbeck, montre que si ce dernier procédé, plus simple d'exécution d'ailleurs, se présente avec des avantages trés supérieurs dans la plus grande majorité des cas, néanmoins il devient inférieur à l'autre dans un groupe de faits. Dans une variété de divisions accidentelles, dans quelques perforations syphilitiques, dans une catégorie enfin de larges fissures congénitales, le procédé ostéo-muqueux présente des chances plus sérieuses de succès.

Ce travail contient huit observations propres à l'auteur; sur ce nombre, il y a eu cinq guérisons, un échec total,et deux résultats incomplets aprés la première tentative opératoire.

100. — De l'ischémie préliminaire dans les opérations. Méthode d'Esmarck. (*Société de chirurgie*, p. 535 et 537, 1873.)

Le 12 novembre 1873, M. Demarquay venait faire part à la Société de chirurgie des avantages du nouveau procédé hémostatique qu'il venait de voir employer à Vienne. Dans la séance suivante du 19 novembre, M. Verneuil étudiant les principes même de la méthode en faisait ressortir l'importance en y distinguant deux simplifications opératoires et une amélioration pour le pronostic. La première simplification consiste à se passer de la compression digitale préliminaire dont M. Verneuil avait fait voir depuis longtemps les difficultés et les dangereux effets, et qu'il avait rejetée depuis plusieurs années pour la remplacer par d'autres procédés. La seconde supprime l'écoulement sanguin pendant l'acte opératoire. Enfin le troisième avantage a trait à la conservation du

sang contenu dans le membre. En même temps M. Verneuil rappelait que l'idée de réformer le manuel des amputations germait dans les esprits et qu'avant la promulgation de cette réforme par Esmarck, en France MM. Guyon et Lannelongue avaient, par des expédients très simples, rempli les indications de l'ischémie opératoire. Dans cette même séance, M. Guyon rappela qu'en août 1872 il mit à exécution, pour la première fois, l'idée de placer dans les amputations *immédiatement au dessous* du point de section, de manière à ne pas gêner l'opération, une ligature circulaire comme celle de la saignée; par ce moyen il supprimait la source hémorrhagique veineuse pendant l'opération.

Plus tard M. Guyon ajouta l'élévation du membre à la compression circulaire. Or, le 13 janvier 1873, faisant la suppléance du professeur Broca à l'hôpital des Cliniques, j'eus à pratiquer une désarticulation de la hanche; le malade étant dans une anémie profonde, il importait au plus haut degré qu'il perdît le moins de sang possible pendant l'opération; j'eus alors la pensée qu'on pouvait faire rentrer dans l'économie celui que contenait le membre inférieur que j'allais enlever. L'artère fémorale liée dans un premier temps, un fil d'attente fut placé au même moment sous la veine fémorale; puis le membre fut placé dans l'élévation et enveloppé d'ouate; une bande fut alors méthodiquement appliquée depuis la pointe du pied jusqu'à la racine, de manière à refouler vers le tronc tout le sang qui y était contenu. Il n'y avait plus alors qu'à lier la grosse veine fémorale de manière à empêcher tout écoulement sanguin en retour. La suite de l'opération fut rapide; dans la confection des lambeaux on étreignit les masses musculaires dans des anses de fil de manière à prévenir encore toute effusion de sang. Les aides et les assistants estimérent que le malade n'avait pas perdu plus de 30 à 40 grammes de sang.

La publication du procédé d'Esmarck a été faite au Congrès de Berlin, le 18 avril 1873.

101. — Procédé d'Esmarck. Rapport sur un travail de M. Chauvel au point de vue de l'insensibilité qu'on obtient par ce procédé. (*Société de chirurgie*, p. 609, 1874.)

L'auteur du rapport discute longuement le travail de M. Chauvel en se plaçant au point de vue de l'expérimentation pure et de la clinique, et il arrive à cette conclusion : chez l'homme, la méthode d'Esmarck améne une perturbation dans la sensibilité du membre sur lequel on a fait la compression, perturbation que le degré de constriction exercé par le tube en caoutchouc, joint au siége

où ce tube est placé, ne permettent d'apprécier que très imparfaitement. On ne saurait donc considérer ce procédé comme un agent d'insensibilité opératoire.

102 — Mémoire sur la réduction des hernies inguino-crurales à l'aide de la compression exercée par un sac de plomb sur le pédicule des parties herniées. (*Bulletins de la Société de chirurgie*, p. 18, 1870, et rapport de M. Labbé sur ce travail, p. 66.)

La pensée d'utiliser la compression de la paroi abdominale au-dessus du pédicule de la hernie, pour favoriser la réduction, n'était pas nouvelle; M. Després (thèse d'agrégation sur la hernie crurale, 1863) rappelle que dans l'Inde on comprime le ventre avec une serviette et on le remonte vers l'ombilic, comme pour attirer la masse intestinale en haut; MM. Sédillot et Alphonse Guérin, dans leurs traités respectifs de médecine opératoire, mentionnent également qu'on peut ramener les parties herniées dans l'abdomen, en les comprimant au-dessus du ligament de Fallope. Mais cette idée était en quelque sorte à l'état de conception théorique.

L'auteur a repris la question et rapporté quatre observations de réduction de hernies étranglées; l'emploi du sac de plomb lui a paru plus simple et préférable à tout autre moyen. Ce travail renferme une notion relative à la température rectale des sujets atteints d'étranglement herniaire; les malades qu'il a suivis étant exempts de péritonite abdominale, la température rectale n'a pas dépassé 38°. Or, lorsque la péritonite abdominale vient compliquer l'étranglement, le thermomètre monte rapidement à 39° et 40°. Il y a donc là un élément de diagnostic de cette complication.

103. — Nouveau procédé de traitement des fistules vésico-vaginales. (*Bulletins de la Société de chirurgie*, p. 106, 1873.)

Le principe de ce procédé repose sur une disposition anatomique qu'on rencontre quelquefois dans les fistules vésico-vaginales et sur laquelle l'attention n'avait pas été suffisamment arrêtée. Cette disposition consiste dans le prolapsus que fait parfois la vessie à travers les lèvres de la fistule; or, ce prolapsus n'est pas formé par une invagination du sommet vésical ou des parties éloignées, mais bien par les parties adjacentes à la fistule, surtout par la paroi postérieure qui est libre de toute adhérence et qui se laisse alors refouler par le

poids des viscères abdominaux; elle vient faire bouchon dans la fistule. C'est ce prolapsus que l'auteur a utilisé pour remédier à une destruction très étendue de la cloison vésico-vaginale; il l'aviva de manière à constituer un lambeau vésical qui prit place sur la paroi antérieure du vagin. Ce cas était complexe, non pas à cause de la grande étendue de la fistule seulement, mais par la présence des uretères qui s'ouvraient dans le vagin l'un contre la branche ischio-pubienne, l'autre dans l'angle de la fistule. Le résultat de l'opération fut incomplet. Le lambeau vésical contracta une adhésion définitive avec le vagin et de ce côté il n'y eut pas de déception, mais il persista, dans un angle au niveau de l'embouchure de l'uretère, une perforation circulaire de trois à quatre millimètres environ; il ne fut pas fait de nouvelle tentative opératoire.

104. — Rapport sur un travail de M. Forné intitulé : Contribution à l'anesthésie chirurgicale. (*Bulletins de la Société de chirurgie*, p. 619, 1874.)

Le principe de l'association d'un agent narcotique à un agent anesthésique pour produire l'anesthésie appartient à Claude Bernard, qui non seulement en a eu l'idée première, mais qui de plus l'a expérimentalement appliqué au Collège de France. Ce principe a fait naître le procédé d'anesthésie en deux temps : l'agent narcotique est l'opium, l'agent anesthésique, le chloroforme. M. Forné a proposé de remplacer l'opium par le chloral et il a communiqué deux observations suffisantes pour établir le mérite de son procédé, trop minimes pourtant pour autoriser un rapprochement avec la méthode ordinaire. L'auteur du rapport croit devoir cependant faire remarquer qu'un des mérites du procédé en deux temps consiste à amoindrir les dangers des anesthésiques administrés dans l'état de veille des sujets. Dans cet état on doit, en effet, surmonter la résistance des patients, vaincre leur émotion et la peur même qui est parfois très grande. Par un sommeil préparatoire on annihile cette résistance, on évite l'influence de la peur, on surprend l'économie en la faisant passer du sommeil, que l'on peut considérer déjà comme un premier degré d'anesthésie, à une insensibilité complète.

105. — Opération du bec-de-lièvre compliqué. (*Société de chirurgie*, p. 359, 1880.)

Dans un certain nombre de becs-de-lièvre compliqués de division du maxillaire, on remarque que les deux moitiés de la mâchoire appartiennent à des cour-

bes de rayons très différents, et que de plus elles ne sont pas placées sur le même plan. Il est impossible alors d'obtenir le rapprochement des bords de la lèvre après l'avivement. On peut obvier à cet état par la résection d'une partie du maxillaire ou en produisant artificiellement une fracture du bord le plus saillant. Ce dernier procédé, que l'auteur n'a employé qu'une fois, lui a paru inférieur à l'autre, auquel il a eu souvent recours.

106. — Rapport sur un travail de M. Krishaber intitulé : De l'utilité des sondes à demeure dans les lésions de l'œsophage et dans les mutilations de la face et du cou. (*Société de chirurgie*, p. 228, 1881.)

107. — Rapport sur une observation de M. Facieu, de Gaillac : Bec-de-lièvre dans lequel on ne met pas en contact les surfaces avivées. (*Société de chirurgie*, p. 230, 1881.)

108. — Enfoncement traumatique de l'os malaire, désenclavement et relèvement de cet os. Observation publiée dans : Thèse de Laville. Paris, 1872.

Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, publié sous la direction du professeur Jaccoud. Un certain nombre d'articles de pathologie externe ont été rédigés par moi dans ce dictionnaire. Ce sont les articles :

109. — Conjonctivites, en collaboration avec M. le professeur Gosselin.

110. — Kératites.

111. — Pathologie du tronc cœliaque.

112. — Maladies des gencives.

113. — Pathologie chirurgicale de la glande mammaire.

114. — Rachitisme.

Paris. — Typ. A. PARENT, rue Monsieur-le-Prince, 31, A. DAVY, successeur.